

Aflac

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

Durante más de 60 años, nos hemos dedicado a ayudar a proveer tranquilidad y seguridad económica.



LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ DESCRITA PAGA BENEFICIOS POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO CAUSADA POR UNA ENFERMEDAD O UNA LESIÓN OCURRIDA FUERA DEL TRABAJO. LA PÓLIZA ES UN SUPLEMENTO PARA EL SEGURO MÉDICO Y NO ES UN SUSTITUTO DE COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. NO TENER COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL (U OTRA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA) PODRÍA OCASIONAR UN COSTO ADICIONAL EN SUS IMPUESTOS.

SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO DE AFLAC

Póliza A57600PAR; Cláusulas Adicionales A57650PAR y A57651PA



Ayudándole a Pagar Sus Facturas, Mientras Usted Se Enfoca en Sí Mismo

¿Qué pasaría si un día, no muy lejano en el futuro, usted se incapacita y no puede ir a trabajar? ¿Cómo pagaría por los gastos de la vida diaria, tales como la hipoteca o el alquiler mensual, los alimentos y sus servicios públicos? Las facturas no dejan de llegar, aun si usted no puede trabajar. Es ahí cuando la póliza del seguro de incapacidad a corto plazo de Aflac puede ayudar a marcar la diferencia. Es una fuente de ingreso mensual que usted podría necesitar para ayudarlo a pagar sus facturas mientras cuida de su salud.

Las razones por las cuales el Seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac puede ser la mejor opción para usted:

- Se vende de forma individual. Usted escoge el plan que más le convenga de acuerdo a sus necesidades financieras y a sus ingresos.
- Ofrecemos la opción de emisión garantizada¹ para la cobertura de incapacidad a corto plazo. Eso significa que no se requiere un cuestionario médico.
- Pagamos un beneficio en efectivo directamente a usted por cada día que esté incapacitado.²

He aquí cómo podemos ayudar

Cuando está incapacitado, usted no sólo puede perder la habilidad de ganarse la vida, sino también sus ahorros o fondos de retiro. Las obligaciones financieras podrían ser abrumadoras. El seguro de incapacidad juega un papel íntegro e importante en su planificación financiera.

Aflac provee beneficios tanto por una incapacidad total como parcial. Aunque usted pueda trabajar, los beneficios por incapacidad parcial puede que estén disponibles para ayudarlo a compensar la pérdida de ingresos.

Aflac no coordina los beneficios. Pagaremos los beneficios directamente a usted, independiente de cualquier otro seguro de incapacidad que usted pueda tener, incluyendo el Seguro Social.³



¹Sujeto a ciertas condiciones.

²Sujeto a su período de beneficio y período de eliminación.

³A menos que se asignen de otro modo.

Comprenda la diferencia que Aflac hace en su seguridad económica.

Aflac paga los beneficios en efectivo directamente a usted, a menos que se asignen de otro modo. Esto significa que usted tendrá recursos financieros adicionales para ayudarlo con los gastos incurridos debido a un tratamiento médico, con los gastos de la vida diaria o para lo que decida.

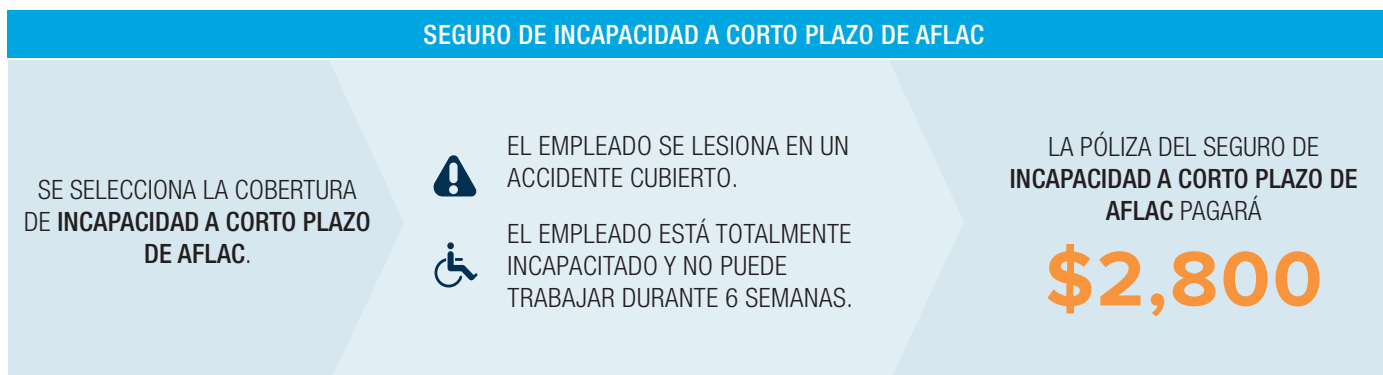
Opciones de Cobertura

ESCOJA LA PÓLIZA QUE NECESITA

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN
PAGO DE BENEFICIO MENSUAL	\$500 a \$6,000 (sujeto a los requisitos de ingresos)
PERÍODOS DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL	6, 12, 18 o 24 meses La incapacidad debido a una enfermedad mental es pagadera durante el período de beneficios y se limita al período máximo de incapacidad de por vida por enfermedad mental.
PERÍODO DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL	6 meses
PERÍODOS DE ELIMINACIÓN (LESIÓN/ ENFERMEDAD)	0/7, 0/14, 7/7, 7/14, 14/14, 0/30, 30/30, 60/60, 90/90, 180/180
CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA	Se cede el derecho a la prima, de mes a mes, por la póliza y cualquier cláusula(s) adicional(es) que corresponda(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el período de beneficio correspondiente que se muestra en el Cuadro de la Póliza.
CLÁUSULAS ADICIONALES OPCIONALES	
CLÁUSULA ADICIONAL PARA BENEFICIO POR INCAPACIDAD POR LESIÓN OCURRIDA EN EL TRABAJO	Provee beneficios si una incapacidad es causada por una lesión ocurrida en el trabajo cubierta mientras la cobertura esté en vigor. Disponible incluso con la Compensación de los Trabajadores.* Los beneficios son pagaderos durante el período de beneficio por incapacidad total seleccionado. El beneficio está sujeto al período de eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza y a los requisitos de ingresos.
CLÁUSULA ADICIONAL PARA UNIDADES ADICIONALES DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD	Le permite comprar unidades adicionales para cobertura de incapacidad para agregarlas a su póliza de incapacidad a corto plazo existente. Sujeto a los requisitos de ingresos.

*Sujeto a ciertas condiciones/máximo.

Cómo funciona



El ejemplo anterior está basado en un escenario para el seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Aflac que incluye las condiciones de los siguientes beneficios: edades 18–49, empleado a tiempo completo en el momento que comenzó la incapacidad, un monto del beneficio mensual por incapacidad de \$2,000, un salario anual de \$40,000, el período de eliminación de 0/7 días, el período de beneficio de 6 meses, beneficios basados en las primas de la póliza que se pagan con dólares deducidos después de impuestos.

Los beneficios y/o las primas pueden variar según el estado y la opción seleccionada. La póliza tiene limitaciones, exclusiones y limitaciones de condiciones de salud preexistentes que pueden afectar los beneficios pagaderos. Las cláusulas adicionales están disponibles a un costo adicional. Para costos y detalles completos sobre la cobertura, comuníquese con su agente/productor del seguro de Aflac. Este folleto es para propósitos de ilustración solamente. Consulte la póliza para detalles completos sobre los beneficios, definiciones, limitaciones y exclusiones.

COBERTURA DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES,
TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER Y AVISOS

American Family Life Assurance Company of Columbus
(en el presente documento denominado Aflac)
Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999
Para asistencia o información, llame al 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522).
En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)
Para obtener formularios de reclamación, visite nuestro sitio Web en aflac.com.

COBERTURA DE INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO
Resumen de la Cobertura para el Formulario de la Póliza A57600PAR

ESTA NO ES UNA PÓLIZA SUPLEMENTARIA DE MEDICARE.

Si usted califica para Medicare, revise la “Guía del Seguro Médico para Personas Con Medicare” proporcionada por Aflac.

1. **Lea Su Póliza Detenidamente.** Este resumen de la cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de su póliza. Este documento no es el contrato del seguro y solamente registrarán las disposiciones actuales establecidas en la póliza. La póliza en sí establece detalladamente los derechos y obligaciones tanto de usted como de Aflac. Por lo tanto, es importante que usted **¡LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE!**
2. **La cobertura de Incapacidad de corto plazo** está diseñada para proveer a las personas aseguradas cobertura por incapacidad, atribuible a accidentes o Enfermedades que estén cubiertas bajo la misma, sujeto a las limitaciones establecidas en la póliza. No provee cobertura por los gastos básicos de hospitalización, por servicios médicos-quirúrgicos básicos, ni por los gastos médicos principales.
3. **Beneficios.** Los siguientes beneficios son parte de la póliza.

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad ha sido causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo cubierta, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

La Incapacidad debido al embarazo y parto es pagadera de la misma manera que una Enfermedad cubierta. Los beneficios de Incapacidad por parto sólo serán pagaderos después de que esta póliza haya estado en vigor por diez meses. El máximo período de Incapacidad permitido debido a una Incapacidad por parto es de seis semanas para parto sin cesárea y ocho semanas para parto con cesárea, menos el Período de Eliminación, a menos que usted provea evidencia de que su Incapacidad continúa más allá de estos límites de tiempo.

La incapacidad debido a una Enfermedad Mental es pagadera durante el Período de Beneficios y se limita al Período Máximo de Incapacidad de por Vida por Enfermedad Mental.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de

una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico o Proveedor de Salud Mental para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico o Proveedor de Salud Mental para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha de su muerte.**

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

1. **Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:
Si una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Enfermedad o Lesión Ocurredida Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada “Período” y la definición de “Período de Beneficio”.

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico o Proveedor de Salud Mental para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo.

American Family Life Assurance Company of Columbus
(herein referred to as Aflac)
Worldwide Headquarters • 1932 Wynnton Road • Columbus, Georgia 31999
For assistance or information, call 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522).
For claim forms, visit our Web site at aflac.com.

SHORT-TERM DISABILITY COVERAGE
Outline of Coverage for Policy Form A57600PAR

THIS IS NOT A MEDICARE SUPPLEMENT POLICY.

If you are eligible for Medicare, review the “Guide to Health Insurance for People With Medicare” available from Aflac.

1. **Read Your Policy Carefully.** This outline of coverage provides a very brief description of the important features of your policy. This is not the insurance contract, and only the actual policy provisions will control. The policy itself sets forth in detail the rights and obligations of both you and Aflac. It is, therefore, important that you **READ YOUR POLICY CAREFULLY!**

2. **Short-term Disability coverage** is designed to provide, to persons insured, coverage for disabilities resulting from a covered accident or Sickness, subject to any limitations set forth in the policy. Coverage is not provided for basic hospital, basic medical-surgical, or major medical expenses.

3. **Benefits.** The following benefits are a part of the policy.

Aflac will pay the following benefits, as applicable, if your Disability is caused by a covered Sickness or covered Off-the-Job Injury and occurs while this coverage is in force. All benefits are subject to the Limitations and Exclusions, Pre-existing Condition Limitations, and other policy terms.

Disability due to pregnancy and childbirth is payable to the same extent as a covered Sickness. Disability benefits for childbirth will be payable only after this policy has been in force ten months. The maximum period of Disability allowed for Disability due to childbirth is six weeks for noncesarean delivery and eight weeks for cesarean delivery, less the Elimination Period, unless you furnish proof that your Disability continues beyond these time frames.

Disability due to Mental Illness is payable up to the Benefit Period and is limited to the Maximum Lifetime Disability Period For Mental Illness.

Benefits will be paid for only one Disability at a time, even if the Disability is caused by more than one Sickness, more than one Injury, or a Sickness and an Injury. **We reserve the right to meet with you while a claim is pending, or to use an independent consultant and Physician’s or Mental Health Provider’s statement to determine whether you are qualified to receive Disability benefits or whether you are unable to perform three or more ADLs and require Direct Personal Assistance. You must be under the care and attendance of a Physician or Mental Health Provider**

for these benefits to be payable. Benefits will cease on the date of your death.

A. TOTAL DISABILITY BENEFITS:

1. **Working Full Time:** If you have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force: If your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury causes your Total Disability within 90 days of your last treatment for your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury, we will pay you the Daily Disability Benefit for each day of your Total Disability. This benefit is payable up to the Total Disability Benefit Period you selected and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled “Term,” and the definition of “Benefit Period.”

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician or Mental Health Provider to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, or (2) working at any job.

2. **Si no está Empleado a Tiempo Completo:** Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su último tratamiento debido a una Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico o Proveedor de Salud Mental para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo, o (3) el Médico o Proveedor de Salud Mental ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o

Proveedor de Salud Mental debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

- B. **BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Enfermedad o Lesión Ocurredada Fuera del Trabajo, cubierta por esta póliza, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de seis meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico o Proveedor de Salud Mental para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso de Sueldo Básico antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de seis meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

2. Not Working Full Time: If you do not have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

If you are unable to perform three or more ADLs within 90 days of your last treatment that is a result of a covered Sickness or Off-the-Job Injury, as certified by a Physician, and you require Direct Personal Assistance to perform such ADLs, we will pay you the Daily Disability Benefit for each day you cannot perform such ADLs. This benefit is payable up to the Total Disability Benefit Period you selected and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period."

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician or Mental Health Provider to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, (2) working at any job, or (3) Physician or Mental Health Provider no longer being able to certify that you are unable to perform three or more ADLs that require Direct Personal Assistance.

Separate periods of Disability, resulting from the **same or a related condition** and not separated by 180 days or more, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Total Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Total Disability Benefit Period for Disability due to the same or a related condition, until 180 days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from the prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Separate periods of Disability, resulting from **unrelated causes** and not separated by your returning to work at a Full-Time Job for 14 working days during which you are performing the material and substantial duties of such job, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Total Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Total Disability Benefit Period for Disability due to an unrelated cause, until 14 working days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from a prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Periods of Disability meeting either of these separation requirements will begin a new Total Disability Benefit Period, subject to a new Elimination Period.

B. PARTIAL DISABILITY BENEFIT: If you have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job

Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

If your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury causes your Partial Disability within 90 days of your last treatment for your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury, we will pay you one-half of the Daily Disability Benefit for each day of your Partial Disability. This benefit is payable up to the Partial Disability Benefit Period (a maximum period of six months) and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period."

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician or Mental Health Provider to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, or (2) working at any job earning 80 percent or more of your pre-Disability Annual Income.

Separate periods of Disability, resulting from the **same or a related condition** and not separated by 180 days or more, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum period of six months of Disability under this benefit has been paid, you will not be eligible for a new Partial Disability Benefit Period for Disability due to the same or a related condition, until 180 days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from the prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de seis meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

C. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:

Si su Enfermedad o Lesión Occurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la póliza, le causa una Incapacidad Total o Parcial por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se indica en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras esta póliza esté vigente, Aflac cederá de mes a mes, la prima vencida por la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) que aplique(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el Período de Beneficio correspondiente que se indica en el Cuadro de la Póliza.

Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador (o prueba de que usted no puede realizar tres o más AVD) y una declaración de un Médico o Proveedor de Salud Mental que certifique que usted no puede realizar tales tareas o actividades, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico o Proveedor de Salud Mental indicando que su inhabilidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su Incapacidad cuando este beneficio esté vigente.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y toda(s) la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor hasta que Aflac apruebe su reclamación para este Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima. Además, usted debe reanudar el pago de la prima para mantener la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir del vencimiento de la primera prima una vez usted ya no califique para los beneficios por Incapacidad.

SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD VIGENTE CON NOSOTROS, SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.

4. BENEFICIOS OPCIONALES:

Cláusula Adicional para Beneficio por Incapacidad por Lesión Occurrida En el Trabajo:

(Formulario A57650PAR) Solicitada: Sí No

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad ha sido causada por una Lesión Occurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha de su muerte.**

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

- 1. Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Occurrida En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Lesión Occurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Lesión Occurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Occurrida En el Trabajo, por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo.

Separate periods of Disability, resulting from **unrelated causes** and not separated by your returning to work at a Full-Time Job for 14 working days during which you are performing the material and substantial duties of such job, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Partial Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Partial Disability Benefit Period for Disability due to an unrelated cause, until 14 working days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from a prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Periods of Disability meeting either of these separation requirements will begin a new Partial Disability Benefit Period (a maximum period of six months), subject to a new Elimination Period.

The Partial Disability Benefit Period is not subject to the Total Disability Benefit Period.

- C. WAIVER OF PREMIUM BENEFIT:** If your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury causes your Total Disability or Partial Disability for more than 90 consecutive days (or after the Elimination Period shown in the Policy Schedule, whichever is greater) while this policy is in force, Aflac will waive, from month to month, the premium for the policy and any applicable rider(s) for as long as you remain disabled, up to the applicable Benefit Period shown in the Policy Schedule.

For premiums to be waived, Aflac will require an employer's statement (or proof of your inability to perform three or more ADLs) and a Physician's or Mental Health Provider's statement certifying your inability to perform said duties or activities, and may each month thereafter require a Physician's or Mental Health Provider's statement that your inability to perform said duties or activities continues. Aflac may ask for and use an independent consultant to determine your Disability when this benefit is in force.

You must pay all premiums to keep the policy and any applicable rider(s) in force until Aflac approves your claim for this Waiver of Premium Benefit. You must also resume premium payment to keep the policy and any applicable rider(s) in force, beginning with the first premium due after you no longer qualify for Disability benefits.

IF YOU HAVE ANY OTHER DISABILITY BENEFIT IN FORCE WITH US, ONLY ONE DISABILITY BENEFIT IS PAYABLE.

4. OPTIONAL BENEFITS:

**Disability Benefit for On-the-Job Injury Rider:
(Form A57650PAR) Applied For: Yes No**

Aflac will pay the following benefits, as applicable, if your Disability is caused by a covered On-the-Job Injury and occurs while this coverage is in force. All benefits are subject to the Limitations and Exclusions, Pre-existing Condition Limitations, and other policy terms.

Benefits will be paid for only one Disability at a time, even if the Disability is caused by more than one Injury. **We reserve the right to meet with you while a claim is pending, or to use an independent consultant and Physician's statement to determine whether you are qualified to receive Disability benefits or whether you are unable to perform three or more ADLs and require Direct Personal Assistance. You must be under the care and attendance of a Physician for these benefits to be payable. Benefits will cease on the date of your death.**

A. TOTAL DISABILITY BENEFITS:

- 1. Working Full Time:** If you have a Full-Time Job at the time of your On-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

If your covered On-the-Job Injury causes your Total Disability within 90 days of your last treatment for your covered On-the-Job Injury, we will pay you the Daily Disability Benefit for the On-the-Job Injury Disability Rider for each day of your Total Disability. This benefit is payable up to the Total Disability Benefit Period you selected and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period."

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, or (2) working at any job.

2. **Si no está Empleado a Tiempo Completo:** Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurrida En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su último tratamiento debido a una Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Ocurrida En el Trabajo por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo, o (3) el Médico ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted:

(1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido

a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

- B. **BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Lesión Ocurrida En el Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional por Incapacidad por Lesión Ocurrida En el Trabajo por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de seis meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso de Sueldo Básico antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de seis meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

2. **Not Working Full Time:** If you do not have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force

If you are unable to perform three or more ADLs within 90 days of your last treatment that is a result of a covered On-the-Job Injury, as certified by a Physician, and you require Direct Personal Assistance to perform such ADLs, we will pay you the Daily Disability Benefit for the On-the-Job Injury Disability Rider for each day you cannot perform such ADLs. This benefit is payable up to the Total Disability Benefit Period you selected and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period." You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, (2) working at any job, or (3) Physician no longer being able to certify that you are unable to perform three or more ADLs that require Direct Personal Assistance.

Separate periods of Disability, resulting from the **same or a related condition** and not separated by 180 days or more, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Total Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Total Disability Benefit Period for Disability due to the same or a related condition, until 180 days after you: (1) have been released by a Physician from the prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Separate periods of Disability, resulting from **unrelated causes** and not separated by your returning to work at a Full-Time Job for 14 working days during which you are performing the material and substantial duties of such job, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Total Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Total Disability Benefit Period for Disability due to an unrelated cause, until 14 working days after you: (1) have been released by a Physician from a prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Periods of Disability meeting either of these separation requirements will begin a new Total Disability Benefit Period, subject to a new Elimination Period.

- B. PARTIAL DISABILITY BENEFIT:** If you have a Full-Time Job at the time of your On-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

If your covered On-the-Job Injury causes your Partial Disability within 90 days of your last treatment for your

covered On-the-Job Injury, we will pay you one-half of the Daily Disability Benefit for the On-the-Job Injury Disability Rider for each day of your Partial Disability. This benefit is payable up to the Partial Disability Benefit Period (a maximum period of six months) and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period."

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, or (2) working at any job earning 80 percent or more of your pre-Disability Annual Income.

Separate periods of Disability, resulting from the **same or a related condition** and not separated by 180 days or more, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum period of six months of Disability under this benefit has been paid, you will not be eligible for a new Partial Disability Benefit Period for Disability due to the same or a related condition, until 180 days after you: (1) have been released by a Physician from the prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de seis meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

C. BENEFICIO DE CESIÓN DEL DERECHO A LA PRIMA:

Si su Lesión Ocurrida En el Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le causa una Incapacidad Total o Incapacidad Parcial por más de 90 días consecutivos (o después del Período de Eliminación que se indica en el Cuadro de la Póliza, el que sea mayor) mientras esta cláusula adicional esté vigente, Aflac cederá de mes a mes la prima vencida por la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) que aplique(n) mientras usted permanezca incapacitado, hasta el Período de Beneficio correspondiente que se indica en el Cuadro de la Póliza.

Para que las primas se cedan, Aflac requerirá una declaración del empleador (o prueba de que usted no puede realizar tres o más AVD) y una declaración de un Médico que certifique que usted no puede realizar tales tareas o actividades, y puede de ahí en adelante requerir cada mes una declaración de un Médico indicando que su inhabilidad para realizar dichas tareas o actividades continúa. Aflac puede solicitar y utilizar un asesor independiente para determinar su Incapacidad cuando este beneficio esté vigente.

Usted debe pagar todas las primas para mantener la póliza y toda(s) la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor hasta que Aflac apruebe su reclamación para este Beneficio de Cesión del Derecho a la Prima. Además, usted debe reanudar el pago de la prima para mantener la póliza y la(s) cláusula(s) adicional(es) correspondiente(s) en vigor, a partir del vencimiento de la primera prima una vez usted ya no califique para los beneficios por Incapacidad.

SI USTED TIENE OTRO BENEFICIO POR INCAPACIDAD VIGENTE CON NOSOTROS, SÓLO SE PAGARÁ UN BENEFICIO POR INCAPACIDAD.

Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad:

(Formulario A57651PA) Solicitada:

Sí

No

Aflac pagará los siguientes beneficios, según corresponda, si su Incapacidad ha sido causada por una Enfermedad cubierta o una Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y ocurra mientras esta cobertura esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones, Limitaciones de Condiciones de Salud Preexistentes y otros términos de la póliza.

La Incapacidad debido al embarazo y parto es pagadera de la misma manera que una Enfermedad cubierta. Los beneficios de Incapacidad por parto sólo serán pagaderos después de que esta cláusula adicional haya estado en vigor por diez meses. El máximo período de Incapacidad permitido debido a una Incapacidad por parto es de seis semanas para parto sin cesárea y ocho semanas para parto con cesárea, menos el Período de Eliminación, a menos que usted provea evidencia de que su Incapacidad continúa más allá de estos límites de tiempo.

La incapacidad debido a una Enfermedad Mental es pagadera durante el Período de Beneficios y se limita al Período Máximo de Incapacidad de por Vida por Enfermedad Mental.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión. **En el transcurso de una reclamación, nos reservamos el derecho de reunirnos con usted, o de recurrir a un asesor independiente y a la declaración del Médico o Proveedor de Salud Mental para determinar si usted califica para recibir beneficios por Incapacidad o si usted no puede realizar tres o más AVD y necesita Asistencia Personal Directa. Usted deberá estar bajo el cuidado y la atención de un Médico o Proveedor de Salud Mental para que estos beneficios sean pagaderos. Los beneficios dejarán de pagarse en la fecha de su muerte.**

Este beneficio se pagará bajo los mismos términos que el Beneficio por Incapacidad Total o el Beneficio por Incapacidad Parcial, como se describe en su póliza. Las unidades adicionales de cobertura sólo serán pagaderas para una Incapacidad que comience a partir de la Fecha de Vigencia de esta cláusula adicional.

Separate periods of Disability, resulting from **unrelated causes** and not separated by your returning to work at a Full-Time Job for 14 working days during which you are performing the material and substantial duties of such job, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Partial Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Partial Disability Benefit Period for Disability due to an unrelated cause, until 14 working days after you: (1) have been released by a Physician from a prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Periods of Disability meeting either of these separation requirements will begin a new Partial Disability Benefit Period (a maximum period of six months), subject to a new Elimination Period.

The Partial Disability Benefit Period is not subject to the Total Disability Benefit Period.

- C. WAIVER OF PREMIUM BENEFIT:** If your covered On-the-Job Injury causes your Total Disability or Partial Disability for more than 90 consecutive days (or after the Elimination Period shown in the Policy Schedule, whichever is greater) while this rider is in force, Aflac will waive, from month to month, the premium for the policy and any applicable rider(s) for as long as you remain disabled, up to the applicable Benefit Period shown in the Policy Schedule.

For premiums to be waived, Aflac will require an employer's statement (or proof of your inability to perform three or more ADLs) and a Physician's statement certifying your inability to perform said duties or activities, and may each month thereafter require a Physician's statement that your inability to perform said duties or activities continues. Aflac may ask for and use an independent consultant to determine your Disability when this benefit is in force.

You must pay all premiums to keep the policy and any applicable rider(s) in force until Aflac approves your claim for this Waiver of Premium Benefit. You must also resume premium payment to keep the policy and any applicable rider(s) in force, beginning with the first premium due after you no longer qualify for Disability benefits.

IF YOU HAVE ANY OTHER DISABILITY BENEFIT IN FORCE WITH US, ONLY ONE DISABILITY BENEFIT IS PAYABLE.

Additional Units of Disability Benefit Rider:
(Form A57651PA) Applied For: Yes No

Aflac will pay the following benefits, as applicable, if your Disability is caused by a covered Sickness or covered Off-the-Job Injury and occurs while this coverage is in

force. All benefits are subject to the Limitations and Exclusions, Pre-existing Condition Limitations, and other policy terms.

Disability due to pregnancy and childbirth is payable to the same extent as a covered Sickness. Disability benefits for childbirth will be payable only after this rider has been in force ten months. The maximum period of Disability allowed for Disability due to childbirth is six weeks for noncesarean delivery and eight weeks for cesarean delivery, less the Elimination Period, unless you furnish proof that your Disability continues beyond these time frames.

Disability due to Mental Illness is payable up to the Benefit Period and is limited to the Maximum Lifetime Disability Period For Mental Illness.

Benefits will be paid for only one Disability at a time, even if the Disability is caused by more than one Sickness, more than one Injury, or a Sickness and an Injury. **We reserve the right to meet with you while a claim is pending, or to use an independent consultant and Physician's or Mental Health Provider's statement to determine whether you are qualified to receive Disability benefits or whether you are unable to perform three or more ADLs and require Direct Personal Assistance. You must be under the care and attendance of a Physician or Mental Health Provider's for these benefits to be payable. Benefits will cease on the date of your death.**

This benefit will be paid under the same terms as the applicable Total Disability Benefit or Partial Disability Benefit as described in your policy. The additional units of coverage will only be payable for a Disability that begins after the Effective Date of this rider.

A. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL:

1. **Empleado a Tiempo Completo:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Total dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad de la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Total. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico o Proveedor de Salud Mental para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo.

2. **Si no está Empleado a Tiempo Completo:** Si usted no tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

Si, según lo certifique un Médico o Proveedor de Salud Mental, usted no puede desempeñar tres o más AVD dentro de los 90 días de su último tratamiento debido a una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, y requiere Asistencia Personal Directa para realizar dichas AVD, le pagaremos el Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad por cada día que usted no pueda desempeñar tales AVD. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Total que usted seleccionó y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico o Proveedor de Salud Mental para desempeñar las tareas principales y

esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, (2) está trabajando en cualquier empleo, o (3) el Médico o Proveedor de Salud Mental ya no pueda certificar que usted no puede desempeñar tres o más AVD que requieren Asistencia Personal Directa.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Total ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Total, sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

- B. **BENEFICIO POR INCAPACIDAD PARCIAL:** Si usted tiene un Empleo a Tiempo Completo en el momento de su Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, le aseguraremos de la siguiente manera mientras la cobertura esté en vigor:

A. TOTAL DISABILITY BENEFITS:

1. **Working Full Time:** If you have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

If your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury causes your Total Disability within 90 days of your last treatment for your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury, we will pay you the Daily Disability Benefit for the Additional Units of Disability Benefit Rider for each day of your Total Disability. This benefit is payable up to the Total Disability Benefit Period you selected and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period"

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician or Mental Health Provider to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, or (2) working at any job.

2. **Not Working Full Time:** If you do not have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

If you are unable to perform three or more ADLs within 90 days of your last treatment that is a result of a covered Sickness or Off-the-Job Injury, as certified by a Physician or Mental Health Provider, and you require Direct Personal Assistance to perform such ADLs, we will pay you the Daily Disability Benefit for the Additional Units of Disability Benefit Rider for each day you cannot perform such ADLs. This benefit is payable up to the Total Disability Benefit Period you selected and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period."

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician or Mental Health Provider to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, (2) working at any job, or (3) Physician or Mental Health Provider no longer being able to certify that you are unable to perform three or more ADLs that require Direct Personal Assistance.

Separate periods of Disability, resulting from the **same or a related condition** and not separated by 180 days or more, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Total Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new

Total Disability Benefit Period for Disability due to the same or a related condition, until 180 days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from the prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Separate periods of Disability, resulting from **unrelated causes** and not separated by your returning to work at a Full-Time Job for 14 working days during which you are performing the material and substantial duties of such job, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Total Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Total Disability Benefit Period for Disability due to an unrelated cause, until 14 working days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from a prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Periods of Disability meeting either of these separation requirements will begin a new Total Disability Benefit Period, subject to a new Elimination Period.

- B. **PARTIAL DISABILITY BENEFIT:** If you have a Full-Time Job at the time of your Sickness or Off-the-Job Injury, we will insure you as follows while coverage is in force:

Si una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, causa su Incapacidad Parcial dentro de los 90 días de su último tratamiento por una Enfermedad o Lesión Ocurrida Fuera del Trabajo, cubierta por la cláusula adicional, le pagaremos la mitad del Beneficio Diario por Incapacidad para la Cláusula Adicional para Unidades Adicionales de Beneficio por Incapacidad por cada día de su Incapacidad Parcial. Este beneficio es pagadero durante el Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de seis meses) y está sujeto al Período de Eliminación que se muestra en el Cuadro de la Póliza. Lea la Disposición Uniforme titulada "Período" y la definición de "Período de Beneficio".

Usted ya no calificará para recibir este beneficio tan pronto ocurra lo siguiente: (1) ha sido dado de alta por su Médico o Proveedor de Salud Mental para desempeñar las tareas principales y esenciales de su Empleo a Tiempo Completo, o (2) está trabajando en cualquier empleo, ganando 80 por ciento o más de su Ingreso de Sueldo Básico antes de la Incapacidad.

Los períodos de Incapacidad separados, causados por la **misma condición de salud o una relacionada** y que no estén separados por 180 días o más, se consideran una continuación de la Incapacidad anterior. Una vez el período máximo de seis meses de Incapacidad ha sido pagado bajo este beneficio, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial por la misma condición de salud o una relacionada, hasta 180 días después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a la Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad separados, resultantes de **causas no relacionadas** se considerarán una continuación de la Incapacidad anterior a menos que estuvieran separados por su regreso a un Empleo a Tiempo Completo por 14 días laborables, durante los cuales usted hubiera desempeñado las tareas principales y esenciales de dicho trabajo. Una vez que el máximo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial ha sido pagado, usted no calificará para recibir un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial debido a una causa no relacionada, hasta 14 días laborables después que usted: (1) ha sido dado de alta por el Médico o Proveedor de Salud Mental debido a una Incapacidad anterior, (2) ya no se encuentra incapacitado, y (3) ya no califica para recibir los beneficios por Incapacidad bajo esta póliza.

Los períodos de Incapacidad que cumplen con cualquiera de estos requisitos de separación

comenzarán un nuevo Período de Beneficio por Incapacidad Parcial (un período máximo de seis meses), sujeto a un nuevo Período de Eliminación.

El Período de Beneficio por Incapacidad Parcial no está sujeto al Período de Beneficio por Incapacidad Total.

DISPOSICIONES IMPORTANTES DE SU PÓLIZA

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A. La incapacidad ocasionada por una Condición de Salud Preexistente o por reincidencia de lesiones de una Condición de Salud Preexistente no serán cubiertas, a menos que comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- B. Aflac no pagará beneficios por una afección, enfermedad, infección o condición que es diagnosticado o tratado por un Médico o Proveedor de Salud Mental dentro de los primeros 30 días después de la Fecha de Vigencia de la cobertura, a menos que la Incapacidad resultante comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.
- C. Aflac no pagará beneficios por una Incapacidad que es tratada fuera de los límites territoriales de los Estados Unidos.
- D. **Aflac no pagará beneficios por una incapacidad causada por o que ocurra como resultado de:**
 - 1. Embarazo o parto dentro de los primeros diez meses de la Fecha de Vigencia de la cobertura, si el embarazo comenzó antes de la Fecha de Vigencia de la cobertura (Las Complicaciones de un Embarazo estarán cubiertas de la misma manera que una Enfermedad);
 - 2. Usar cualquier narcótico (a menos que sea administrado por consejo un Médico o Proveedor de Salud Mental);
 - 3. Cometer cualquier actividad o evento, incluyendo la conducción de un vehículo, estando bajo los efectos de un narcótico (a menos que sea administrado por consejo de un Médico o Proveedor de Salud Mental) o estando intoxicado ("intoxicado" se refiere a aquella condición definida como tal por la ley de la jurisdicción en la que ocurrió el accidente);
 - 4. Cometer o intentar cometer una actividad ilegal definida como delito grave, ("delito grave" se define por la ley de la jurisdicción en la cual haya sucedido el hecho); involucrarse en cualquier ocupación ilegal; o involucrarse en cualquier ocupación ilegal;
 - 5. Lesiones corporales autoinfligidas intencionalmente o cometer suicidio;
 - 6. Realizarse cirugía cosmética u otro procedimiento electivo excepto cuando sea requerido por una Lesión cubierta;

If your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury causes your Partial Disability within 90 days of your last treatment for your covered Sickness or covered Off-the-Job Injury, we will pay you one-half of the Daily Disability Benefit for the Additional Units of Disability Benefit Rider for each day of your Partial Disability. This benefit is payable up to the Partial Disability Benefit Period (a maximum period of six months) and is subject to the Elimination Period shown in the Policy Schedule. Also see the Uniform Provision titled "Term," and the definition of "Benefit Period."

You will no longer be qualified to receive this benefit upon the earlier of your: (1) being released by your Physician or Mental Health Provider to perform the material and substantial duties of your Full-Time Job, or (2) working at any job earning 80 percent or more of your pre-Disability Annual Income.

Separate periods of Disability, resulting from the **same or a related condition** and not separated by 180 days or more, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum period of six months of Disability under this benefit has been paid, you will not be eligible for a new Partial Disability Benefit Period for Disability due to the same or a related condition, until 180 days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from the prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Separate periods of Disability, resulting from **unrelated causes** and not separated by your returning to work at a Full-Time Job for 14 working days during which you are performing the material and substantial duties of such job, are considered a continuation of the prior Disability. Once the maximum Partial Disability Benefit Period has been paid, you will not be eligible for a new Partial Disability Benefit Period for Disability due to an unrelated cause, until 14 working days after you: (1) have been released by a Physician or Mental Health Provider from a prior Disability, (2) are no longer disabled, and (3) are no longer qualified to receive any Disability benefits under this policy.

Periods of Disability meeting either of these separation requirements will begin a new Partial Disability Benefit Period (a maximum period of six months), subject to a new Elimination Period.

The Partial Disability Benefit Period is not subject to the Total Disability Benefit Period.

- A. Disability caused by a Pre-existing Condition or reinjuries to a Pre-existing Condition will not be covered unless it begins more than 12 months after the Effective Date of coverage.
- B. Aflac will not pay benefits for an illness, disease, infection, or condition that is diagnosed or treated by a Physician or Mental Health Provider within the first 30 days after the Effective Date of coverage, unless the resulting Disability begins more than 12 months after the Effective Date of coverage.
- C. Aflac will not pay benefits for a Disability that is being treated outside the territorial limits of the United States.
- D. **Aflac will not pay benefits for a disability that is caused by or occurs as a result of your:**
 - 1. Pregnancy or childbirth within the first ten months of the Effective Date of coverage, if the pregnancy began prior to the Effective Date of coverage (Complications of Pregnancy will be covered to the same extent as a Sickness);
 - 2. Using any narcotic (unless administered on the advice of a Physician or Mental Health Provider);
 - 3. Committing any activity or event, including the operation of a vehicle, while under the influence of a narcotic (unless administered on the advice of a Physician or Mental Health Provider) or while intoxicated ("intoxicated" means that condition as defined by the law of the jurisdiction in which the accident occurred);
 - 4. Committing, or attempting to commit, an illegal activity that is defined as a felony ("felony" is as defined by the law of the jurisdiction in which the activity takes place); engaging in any illegal occupation; or engaging in any illegal occupation;
 - 5. Intentionally self-inflicting a bodily injury, or committing suicide;
 - 6. Having cosmetic surgery or other elective procedures except when necessitated by a covered Injury;

IMPORTANT PROVISIONS OF YOUR POLICY

LIMITATIONS AND EXCLUSIONS

7. Realizarse un tratamiento dental, excepto como resultado de una Lesión;
8. Acción enemiga o acto de guerra, sea declarada o no declarada;
9. Prestar servicio activo como miembro en cualquiera de las fuerzas armadas de cualquier nación o unidades auxiliares de ellas, incluyendo a la Guardia Nacional o la Reserva; o
10. Adicción a la cafeína, adicción a la nicotina, duelo, depresión situacional, trastornos de somatización (enfermedad psicosomática) o estrés.

Pagaremos los beneficios solamente por una Incapacidad a la vez, aunque la Incapacidad haya sido causada por más de una Enfermedad, más de una Lesión o por una Enfermedad y una Lesión.

LIMITACIONES DE CONDICIONES DE SALUD

PREEXISTENTES: Una "Condición de Salud Preexistente" es una enfermedad, dolencia, infección, trastorno o condición por la

cual, dentro del período de 12 meses previos a la Fecha de Vigencia de la cobertura, se recomendó o recibió consejo médico, tratamiento por parte de un Médico. La incapacidad causada por una Condición de Salud Preexistente, incluyendo partos de niños concebidos antes de la Fecha de Vigencia de la Cobertura, no estarán cubiertas, a menos que ésta comience más de 12 meses después de la Fecha de Vigencia de la cobertura. Esta póliza no cubre las pérdidas causadas por o resultado de la donación de órgano dentro de los primeros 12 meses de la Fecha de Vigencia de esta póliza.

Renovación. La póliza es de renovación garantizada hasta la edad de 75 años mediante el pago de la prima en vigor al comienzo de cada período de renovación. Las tarifas de primas pueden cambiar sólo si se cambian en todas las pólizas del mismo número y clase de formulario en vigor en su estado, a excepción de que podemos descontinuar o terminar la póliza si usted realiza un acto o práctica que constituya fraude, o ha realizado intencionalmente una declaración falsa de un hecho material relacionado de alguna forma con la póliza, incluyendo las reclamaciones de beneficios bajo la póliza.

**GUARDE ESTE RESUMEN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.
ESTE RESUMEN DE LA COBERTURA ES SOLAMENTE UNA BREVE EXPLICACIÓN DE SU PÓLIZA.
CONSULTE SU PÓLIZA PARA DETERMINAR
LAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES QUE RIGEN SOBRE EL SEGURO.**

The English version of this form is the official version and shall control the resolution of any dispute or complaint. The Spanish version is provided as an accommodation to the customer and is for informational purposes only.

El formulario en inglés es la versión oficial de este formulario y regirá la resolución en cualquier disputa o queja. La versión en español se provee como referencia para el cliente y es sólo con fines informativos.

7. Having dental treatment, except as a result of Injury;
8. Enemy action or act of war, whether declared or undeclared;
9. Actively serving as a member in any of the armed forces of any nation, or units auxiliary thereto, including the National Guard or Reserve; or
10. Caffeine addiction, nicotine addiction, bereavement, situational depression, somatoform disorders (psychosomatic illness), or stress.

Benefits will be paid for only one Disability at a time, even if the Disability is caused by more than one Sickness, more than one Injury, or a Sickness and an Injury.

PRE-EXISTING CONDITION LIMITATIONS: A "Pre-existing Condition" is an illness, disease, infection, disorder, or condition for which, within the 12-month period before the Effective Date of

coverage, medical advice, or treatment was recommended or received from a Physician. Disability caused by a Pre-existing Condition, including deliveries for children conceived prior to the Effective Date of Coverage, will not be covered unless it begins more than 12 months after the Effective Date of coverage. This policy does not cover losses caused by or resulting from donating an organ within the first 12 months of the Effective Date of this policy.

Renewability. The policy is guaranteed-renewable to age 75 by payment of the premium in effect at the beginning of each renewal period. Premium rates may be changed only if changed on all policies of the same form number and class in force in your state, except that we may discontinue or terminate the policy if you have performed an act or practice that constitutes fraud, or have made an intentional misrepresentation of material fact, relating in any way to the policy, including claims for benefits under the policy.

**RETAIN FOR YOUR RECORDS.
THIS OUTLINE OF COVERAGE IS ONLY A BRIEF SUMMARY OF YOUR POLICY.
THE POLICY ITSELF SHOULD BE CONSULTED TO DETERMINE
GOVERNING CONTRACTUAL PROVISIONS.**

TÉRMINOS QUE USTED NECESITA CONOCER

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD): BAÑARSE: asearse por sí mismo con esponja o bañarse en una bañera o ducha, incluyendo la tarea de entrar o salir de la bañera o ducha; MANTENER LA CONTINENCIA: mantenimiento del control urinario e intestinal, incluyendo su habilidad de utilizar bolsas de ostomía u otros dispositivos tales como catéteres; TRANSFERIRSE: moverse de la cama a una silla, o de la cama a una silla de ruedas; VESTIRSE: ponerse y quitarse todos los artículos de vestir necesarios; USO DEL INODORO: ir y venir del inodoro, sentarse y levantarse del inodoro y realizar todas las tareas asociadas con la higiene personal; COMER: realizar todas las tareas principales para ingerir los alimentos.

BENEFICIO DIARIO POR INCAPACIDAD: una trigésima parte del beneficio por incapacidad mensual que corresponda como se muestra en el Cuadro de la Póliza.

FECHA DE VIGENCIA: la(s) fecha(s) en que la cobertura comienza según se muestra en el Cuadro de la Póliza. La fecha de vigencia de la póliza no es la fecha en que usted firmó la solicitud de cobertura.

EMPLEO A TIEMPO COMPLETO: un empleo en el cual usted trabaja 19 horas o más a la semana para un empleador por salario o beneficios.

LESIÓN: una lesión corporal accidental sufrida por una persona cubierta la cual es la causa directa e independiente de la pérdida y ocurre mientras la cobertura está en vigor. Lea la sección de Limitaciones y Exclusiones sobre lesiones no cubiertas por la póliza. Para que los beneficios sean pagaderos, una lesión debe ocurrir en o después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras la cobertura esté en vigor.

PERÍODO MÁXIMO DE INCAPACIDAD DE POR VIDA POR

ENFERMEDAD MENTAL: el número máximo acumulativo de días por los cuales se le pueden pagar beneficios durante su vida por incapacidad debido a una enfermedad mental. El período máximo de incapacidad de por vida por enfermedad mental para la póliza es de 24 meses.

PROVEEDOR DE SALUD MENTAL: una persona legalmente calificada y autorizada para prestar servicios de diagnóstico y/o terapéuticos para enfermedades mentales, que no sea usted ni un miembro de su familia inmediata, que esté autorizada por el estado para tratar el tipo de afección por la cual se presenta una reclamación. Un proveedor de salud mental incluye, pero no se limita a, un psiquiatra, un psicólogo, un consejero de salud mental, una enfermera psiquiátrica y un psicoterapeuta.

ENFERMEDAD MENTAL: una condición psiquiátrica o psicológica, incluyendo, pero no limitada a, las siguientes: esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, estrés postraumático y trastornos por el consumo de sustancias y alcohol.

LESIÓN OCURRIDA FUERA DEL TRABAJO: una lesión ocasionada mientras usted no está trabajando en cualquier empleo por el cual cobra un salario o beneficios.

LESIÓN OCURRIDA EN EL TRABAJO: una lesión ocasionada mientras usted está trabajando en cualquier empleo por el cual cobra un salario o beneficios.

INCAPACIDAD PARCIAL: estar bajo el cuidado y atención de un médico o proveedor de salud mental debido a una condición de salud que cause que usted no pueda desempeñar las tareas principales y esenciales de su empleo a tiempo completo, pero puede trabajar en cualquier empleo ganando menos del 80 por ciento del ingreso anual de su empleo a tiempo completo en el momento en que quedó incapacitado.

MÉDICO: una persona legalmente calificada para ejercer la medicina, que no sea usted ni un miembro de su familia inmediata, que esté autorizada por el estado para tratar el tipo de afección por la cual se presenta una reclamación.

ENFERMEDAD: es una afección, padecimiento o condición de salud de una persona cubierta médicamente evaluada, diagnosticada o tratada por un médico más de 30 días después de la fecha de vigencia de la cobertura y mientras dicha cobertura esté en vigor.

INCAPACIDAD TOTAL: estar bajo el cuidado y atención de un médico o proveedor de salud mental debido a una condición de salud que cause que usted no pueda desempeñar las tareas principales y esenciales de su empleo a tiempo completo, ni pueda trabajar en ningún otro empleo.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Las complicaciones del embarazo no incluyen gestación de embarazo múltiple, parto falso, hemorragia uterina escasa, reposo prescrito por un médico durante el período del embarazo, náuseas del embarazo y condiciones similares asociadas con el tratamiento de un embarazo difícil sin constituir una complicación del embarazo claramente clasificable. Los partos por cesárea no se consideran complicaciones del embarazo.

La enfermedad mental no incluye la enfermedad de Alzheimer o formas similares de senilidad o demencia senil. La pérdida cubierta que resulte de la enfermedad de Alzheimer u otras formas similares de senilidad o demencia senil estarán cubiertas de la misma manera que cualquier otra enfermedad.

These materials are provided as a courtesy in Spanish and are for informational purposes only, the English version of these materials is the official version. The insurance policy is written in English and will control any disputes.

Estos materiales se proveen en español como cortesía y son solo para propósitos de información. La versión en inglés de estos materiales es la versión oficial. La póliza del seguro está escrita en inglés y prevalecerá cualquier disputa.





aflac.com || **1.800.99.AFLAC** (1.800.992.3522)
En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522)

Suscrita por:
American Family Life Assurance Company of Columbus
Sede Mundial | 1932 Wynnton Road | Columbus, Georgia 31999

