

# COLONIAL LIFE & ACCIDENT INSURANCE COMPANY

P.O. Box 1365, Columbia, South Carolina 29202

1-800-325-4368

## COBERTURA SOBRE ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

(SPECIFIED DISEASE COVERAGE)

### SINOPSIS DE LA COBERTURA (Aplicable a la Póliza Número C1000-TX)

La póliza no es un Seguro contra Accidentes Laborales (*Workers' Compensation Insurance*). La empresa no resultará cubierta bajo el sistema de indemnización por accidente laboral, por concepto de haber comprado esta póliza. Si la empresa no se encontrara suscrita, dicha empresa perderá todo derecho a los beneficios que se hubieran acumulado a tenor de las leyes pertinentes a indemnizaciones por accidentes laborales. A tenor de dichas leyes, la empresa tendrá que cumplir con los reglamentos pertinentes a las empresas que no estén suscritas y con la presentación y exhibición de las notificaciones requeridas.

### ESTA PÓLIZA NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO A MEDICARE.

Si usted califica para Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare (Guide to Health Insurance for People with Medicare).

Este documento se ofrece por la Compañía.

**(1) Lea su póliza detenidamente.** Esta sinopsis de la cobertura representa una breve descripción de las disposiciones importantes de su póliza. Este documento no es un contrato de seguro. Hágase saber que el seguro se regirá exclusivamente por las disposiciones acordadas en la póliza. Los derechos y obligaciones inherentes a usted y a nosotros se detallan en la póliza. Por lo tanto, es importante que usted LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.

**(2) Cáncer.** Su póliza ha sido diseñada para conferir cobertura ÚNICAMENTE contra el cáncer y para pruebas exploratorias para la detección de cáncer, sujeto a las limitaciones estipuladas en la misma. Esta póliza no cubre los gastos básicos relacionados con una hospitalización (*basic hospital expenses*) ni los gastos básicos relacionados con procedimientos médico-quirúrgicos (*basic medical-surgical expenses*). Tampoco cubre gastos médicos mayores (*major medical expenses*). La cobertura será proporcionada para los beneficios mencionados en el párrafo (3). Los beneficios descritos en el párrafo (3) pueden ser limitados por el párrafo (4).

### (3) BENEFICIOS PARA PRUEBAS EXPLORATORIAS PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER

**Parte I - Beneficio** **\$25/año**  
**para pruebas exploratorias para la detección de cáncer y para el mantenimiento de la buena salud**

Nosotros pagaremos este beneficio una vez por cada año calendario, por cada asegurado que se sometiera a una de las pruebas exploratorias para la detección de cáncer cubiertas bajo la póliza. Nosotros pagaremos este beneficio independientemente de los resultados de las pruebas. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**Parte II - Beneficio** **\$25/año**  
**para pruebas**  
**exploratorias para la**  
**detección de cáncer y**  
**para el mantenimiento**  
**de la buena salud**

Nosotros pagaremos este beneficio por cada asegurado que incurriera en gastos por concepto de y se sometiera a un procedimiento diagnóstico invasivo adicional, si dicho procedimiento fuese practicado a raíz de que el resultado de una de las pruebas exploratorias para la detección de cáncer detalladas en la Parte I fue anormal. "Procedimiento diagnóstico invasivo" se refiere a una intervención de carácter diagnóstico que requiere una incisión o inserción de un instrumento en el cuerpo. Nosotros pagaremos este beneficio independientemente de los resultados de las pruebas detalladas en la Parte II. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**BENEFICIOS POR CONCEPTO DE CÁNCER**

**AMBULANCIA AÉREA** **\$1,000/viaje**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por la transportación proporcionada por un servicio profesional de ambulancia aérea para transportarlo desde o hasta el hospital donde usted fuese internado como paciente para tratamiento antineoplásico, siempre y cuando la transportación fuese recomendada por un médico. Aunque este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno, la póliza únicamente cubrirá dos viajes cada vez que usted sea internado como paciente con la finalidad de recibir tratamiento antineoplásico.

**AMBULANCIA** **\$200/viaje**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por y fuese transportado por un servicio profesional de ambulancia desde o hasta el hospital donde usted fuese internado como paciente para tratamiento antineoplásico. Aunque este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno, la póliza únicamente cubrirá dos viajes cada vez que usted sea internado como paciente con la finalidad de recibir tratamiento antineoplásico.

**ANESTESIA** **El 25% de la cantidad del beneficio para intervención quirúrgica que haya sido pagado;**  
**Anestesia local: \$25/intervención**

Nosotros cubriremos el 25% de la cantidad del beneficio por intervención quirúrgica que haya sido pagado si usted incurriera en gastos por y recibiera anestesia general administrada por un anesthesiólogo o una Enfermera Anestésista Registrada Certificada durante una de las intervenciones quirúrgicas destinadas a tratamiento antineoplásico. Si usted incurriera en gastos por concepto de anestesia local administrada durante una de las intervenciones quirúrgicas destinadas al tratamiento antineoplásico, nosotros pagaremos la cantidad anteriormente indicada. Si usted se sometiera a múltiples intervenciones quirúrgicas simultáneamente, nosotros pagaremos el beneficio correspondiente a la intervención practicada que genere el beneficio mayor. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**MEDICAMENTOS** **Refiérase a lo siguiente:**  
**CONTRA LAS**  
**NÁUSEAS**

**\$20/día** hasta un máximo de **\$80/mes** por concepto de medicamento administrado en un consultorio médico, clínica u hospital;

**\$20/día** hasta un máximo de **\$80/mes** por cada día en que usted surta una receta. Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por medicamentos contra las náuseas atribuibles a radiación o quimioterapia, siempre y cuando fuesen recetados por su médico. Nosotros solamente pagaremos un beneficio diario para medicamento contra las náuseas independientemente del número de medicamentos que usted reciba en el mismo día. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**MÉDICO TRATANTE \$10/día**

Nosotros pagaremos este beneficio cada día que usted use los servicios de e incurra en cargos debido a su visita a un médico tratante mientras usted estuvo internado en un hospital como resultado del cáncer. No tiene límite de tiempo.

**SANGRE, PLASMA, PLAQUETAS O INMUNOGLOBULINAS \$200/día, hasta un máximo de \$10,000/año calendario**

Nosotros pagaremos este beneficio diario si usted incurriera en gastos por y recibiera una transfusión de sangre, plasma, plaquetas o inmunoglobulinas por concepto de tratamiento antineoplásico. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRES PROVENIENTES DE MÉDULA ÓSEA Refiérase a lo siguiente:**

**\$10,000/vitalicio** si usted incurriera en gastos por y recibiera un trasplante de células madres provenientes de médula ósea por concepto de tratamiento antineoplásico.

**\$ 1,000/vitalicio** si usted incurriera en gastos por una donación de células madres provenientes de médula ósea por concepto de la intervención para el trasplante.

Nosotros pagaremos este beneficio una sola vez durante la vida de cada asegurado. Los beneficios para un trasplante de células madres periféricas serán pagados únicamente bajo el beneficio para Trasplante de Células Madres Periféricas.

**TRANSPORTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE \$0.50/milla, hasta un máximo de \$1,500 por cada viaje de ida y vuelta**

Nosotros pagaremos este beneficio para que una persona lo acompañe a otra ciudad (a una distancia de por lo menos 50 millas de la ciudad donde usted resida, ya sea de ida o vuelta) hasta donde usted tuviese que viajar, bajo la recomendación de un médico, con la finalidad de someterse a tratamiento antineoplásico de las estructuras internas del cuerpo. Nosotros pagaremos este beneficio si su acompañante incurriera en gastos por viajar en un vehículo comercial (tren, avión o autobús) o por viajar en un vehículo no comercial (uso de un automóvil particular) desde y hasta el lugar de tratamiento. Si el beneficio de Ambulancia Aérea o de Transportación fuese pagado, el beneficio de Transportación para Acompañante no excederá del mayor de los otros dos beneficios pagados. Si usted y su acompañante viajaran juntos en un vehículo particular, nosotros únicamente pagaremos el beneficio de Transportación o el beneficio de Transportación para Acompañante, pero no ambos. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**TRATAMIENTO EXPERIMENTAL \$300/día, hasta un beneficio vitalicio máximo de \$10,000**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por el suministro de atención hospitalaria, médica o quirúrgica relacionada con tratamiento antineoplásico de índole experimental de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel), siempre y cuando dicho tratamiento fuese ordenado por un médico. El tratamiento tendrá que ser administrado a tenor de un programa de tratamiento antineoplásico experimental en los Estados Unidos de América. Este beneficio será pagado en lugar de cualquier otro beneficio que fuese pagado por concepto de los mismos tratamientos cubiertos.

**ATENCIÓN FAMILIAR                      \$60/día**

Nosotros pagaremos este beneficio por cada día en que un hijo asegurado incurriera en gastos por recibir tratamiento, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio, de un profesional médico autorizado bajo licencia por concepto de un cáncer de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel). Este beneficio será pagado independientemente de los otros beneficios aplicables que fuesen pagados. Esta póliza no cubrirá el tratamiento autoadministrado ni el tratamiento proporcionado en el hogar del paciente. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**CABELLERA POSTIZA,                      \$200/año calendario  
MAMA ARTIFICIAL  
EXTERNA O LARINGE  
POSTIZA**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por recibir una cabellera postiza, una mama artificial externa o una laringe postiza que fuese necesaria como causa directa de un cáncer. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**ATENCIÓN MÉDICA EN EL              \$75/día  
HOGAR**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por y recibiera los servicios cubiertos bajo la póliza que fuesen proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar (*home health agency*), siempre y cuando dichos servicios fuesen recomendados por su médico en lugar de ser hospitalizado. Nosotros cubriremos el período que fuese mayor: 1) 30 días por cada año calendario; ó 2) un período equivalente al número de días en que se haya encontrado hospitalizado durante un año calendario en particular por concepto de tratamiento antineoplásico, multiplicado por dos. Nosotros no pagaremos este beneficio para cubrir los servicios de limpieza del hogar, el cuidado de niños ni los servicios de comidas, salvo el asesoramiento con la dieta. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**HOSPICIO                                      \$70/día**

Nosotros pagaremos este beneficio por cada día en que usted incurriera en gastos por y recibiera atención en un hospicio a causa de cáncer, siempre y cuando dicha atención fuese cubierta bajo la póliza. Nosotros pagaremos este beneficio si un médico dictaminara que los tratamientos contra el cáncer han dejado de beneficiarle y que su expectativa de vida es de 6 meses o menos. Nosotros no pagaremos este beneficio si usted fuese internado en un hospital, Hospital del Gobierno de los Estados Unidos de América o en un centro de enfermería especializada. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**INTERNAMIENTO EN                      \$100/día por los primeros 30 días; \$200/día por el 31er. día  
UN HOSPITAL                              y en adelante**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por un internamiento en un hospital (incluso la atención en una unidad de cuidado intensivo) por concepto de tratamiento antineoplásico.

Si el período entre diferentes hospitalizaciones fuese menor de 30 días, nosotros consideraremos la segunda y subsiguiente hospitalización como una continuación de la hospitalización previa. Nosotros no pagaremos este beneficio si usted se encontrara internado en un Hospital del Gobierno de los Estados Unidos de América. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**INTERNAMIENTO EN  
HOSPITALES DEL  
GOBIERNO DE LOS  
ESTADOS UNIDOS DE  
AMÉRICA**

**\$100/día por los primeros 30 días; \$200/día por el 31er. día  
y en adelante**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted se encontrara internado en un Hospital del Gobierno de los Estados Unidos de América (incluso la atención en una unidad de cuidado intensivo) por concepto de tratamiento antineoplásico. Este beneficio será pagado en lugar de todo otro beneficio, salvo los siguientes: Pruebas exploratorias para la detección de cáncer, ambulancia aérea, ambulancia, transportación para acompañante, atención familiar, cabellera postiza/mama artificial externa/laringe postiza, hospedaje, centro de atención de enfermería especializada, diagnóstico inicial de cáncer de la piel, transportación y exención del pago de la prima. Si el período entre diferentes hospitalizaciones fuese menor de 30 días, nosotros consideraremos la segunda y subsiguiente hospitalización como una continuación de la hospitalización previa. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**HOSPEDAJE**

**\$75/día, hasta un máximo de 70 días por cada año  
calendario**

Nosotros pagaremos este beneficio por cada día en que usted o su acompañante adulto incurriera en gastos por concepto del hospedaje mientras usted se encontrara recibiendo tratamiento antineoplásico a una distancia mayor a 50 millas de su hogar. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**EXPLORACIÓN  
MEDIANTE IMÁGENES**

**\$250/estudio hasta un máximo de \$500, por cada año  
calendario**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por una exploración mediante imágenes como parte del tratamiento de cáncer de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel), siempre y cuando dicha exploración fuese cubierta bajo la póliza, ordenada por su médico y practicada después del diagnóstico inicial de cáncer. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**CENTRO DE CIRUGÍA  
AMBULATORIA**

**\$200/día, hasta un máximo de \$600 por cada año  
calendario**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por una intervención quirúrgica practicada en un centro de cirugía ambulatorio por concepto de tratamiento de cáncer de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel). Este beneficio no será pagado por concepto de la cirugía practicada en una sala de emergencia o mientras se encontrara internado en un hospital. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**TRASPLANTE DE  
CÉLULAS MADRES  
PERIFÉRICAS**

**\$5,000/vitalicio**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por recibir un trasplante de células madres periféricas por concepto de tratamiento antineoplásico. Este beneficio será pagado una sola vez, durante la vida de cada persona asegurada bajo esta póliza.

**SERVICIO DE  
ENFERMERA  
PRIVADA DE TIEMPO  
COMPLETO**

**\$150/día**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted utilizara e incurriera en gastos por los servicios de enfermeras de tiempo completo (por lapsos de por lo menos 8 horas durante cualquier período de 24 horas), siempre y cuando dichos servicios fuesen requeridos y autorizados por su médico y administrados por una Enfermera Registrada (RN, por sus siglas en inglés), una Enfermera Práctica Titulada (LPN, por sus siglas en inglés) o una Enfermera Vocacional Titulada (LVN, por sus siglas en inglés), mientras usted se encuentre internado en un hospital con la finalidad de recibir tratamiento antineoplásico. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**PRÓTESIS O EXTREMIDAD  
ARTIFICIAL**

**\$3,000/prótesis o extremidad artificial, hasta un límite vitalicio de \$6,000**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por una prótesis o extremidad artificial que fuese implantada quirúrgicamente, siempre y cuando la implantación fuese necesaria como resultado directo de una intervención quirúrgica destinada al tratamiento antineoplásico. Nosotros no cubriremos más de uno del mismo tipo de prótesis o extremidad artificial por una parte en particular del cuerpo.

**RADIACIÓN O  
QUIMIOTERAPIA**

**Refiérase a lo siguiente:**

Nosotros pagaremos la cantidad indicada a continuación si usted incurriera en gastos por y recibiera quimioterapia o tratamiento con agentes radioactivos cubiertos bajo la póliza, siempre y cuando dicha terapia fuese aprobada por la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América para la destrucción de células malignas como parte de tratamiento antineoplásico de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel) y fuese ordenada por su médico como parte de dicho tratamiento. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**Quimioterapia:**

- **\$100 diarios** por cada día que se le administren agentes quimioterapéuticos por el personal profesional en un consultorio médico, clínica u hospital.
- **\$100 diarios** por cada día en que surta una receta para agentes quimioterapéuticos tomados por vía oral, hasta un máximo mensual de **\$400**.
- **\$100 diarios** por cada día en que surta una receta para agentes quimioterapéuticos de aplicación tópica, hasta un máximo mensual de **\$400**.
- **\$100 diarios** por cada día en que inicialmente se surta una bomba de infusión de agentes quimioterapéuticos y por cada día del resurtido de la misma, hasta un máximo mensual de **\$400**.
- **\$100 diarios** por cada día en que se le administren agentes quimioterapéuticos, ya sea por usted mismo o por alguien que no sea el personal profesional en un consultorio médico, clínica u hospital, hasta un máximo mensual de **\$800**.
- **\$100 diarios** por cada día en que se le administren agentes quimioterapéuticos por alguna otra vía de administración, aparte de las precitadas, hasta un máximo mensual de **\$400**.

**Radiación**

- **\$100 diarios** por cada día en que usted reciba tratamiento radioactivo administrado por el personal profesional en un consultorio médico, clínica u hospital.
- **\$100 diarios** por cada día en que se le administre tratamiento radioactivo por alguna otra forma, diferente a las precitadas, hasta un máximo mensual de **\$400**.

Nosotros solamente pagaremos un beneficio diario para radiación o quimioterapia independientemente del número de tratamientos radioactivos o quimioterapias que se le administrara en el mismo día.

**CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA** **\$40/unidad quirúrgica, hasta un máximo de \$2,500 por cada intervención, incluso la anestesia general**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por una intervención quirúrgica reconstructiva que requiera una incisión practicada por un médico por concepto de tratamiento antineoplásico, siempre y cuando la intervención fuese necesaria para el tratamiento de cáncer de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel). Nosotros pagaremos hasta el 25% del beneficio para Cirugía Reconstructiva si a usted se le administrara anestesia general durante una intervención quirúrgica de carácter reconstructivo. Nosotros no pagaremos más de la precitada cantidad máxima correspondiente a cada intervención. Nosotros no cubriremos más de dos intervenciones por una parte en particular del cuerpo. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA** **\$300/condición maligna**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted optara por obtener e incurriera en gastos por una segunda opinión de otro médico, en el caso de que se le hubiese recomendado que se sometiera a una intervención quirúrgica o tratamiento antineoplásico después de que se le haya diagnosticado un cáncer de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel). Este beneficio será pagado una sola vez, por cada condición cancerosa. Este beneficio no será pagado por concepto del tratamiento contra cáncer de la piel o cirugía reconstructiva.

**CENTRO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA** **\$100/día**

Nosotros pagaremos este beneficio por cada día en que usted incurriera en gastos por haber sido internado en un centro de atención de enfermería especializada, si su internamiento comenzara dentro de 14 días después de la fecha en que se le haya dado de alta de un hospital. El período durante el cual este beneficio será pagado no excederá del número de días durante los cuales hubiésemos pagado el beneficio por Hospitalización o por internamiento en un Hospital del Gobierno de los Estados Unidos de América por concepto de su internamiento más reciente. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**DIAGNÓSTICO INICIAL DE CÁNCER DE LA PIEL** **\$300/vitalicio**

Nosotros pagaremos este beneficio cuando se le diagnosticara cáncer de la piel por primera vez. Este beneficio será pagado una sola vez, durante la vida de cada persona asegurada bajo esta póliza.

**FÁRMACOS PALIATIVOS O MODIFICADORES Y FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS** **\$50/día, hasta un máximo de \$400 por cada año calendario**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por y recibiera fármacos paliativos o modificadores y/o factores estimulantes de colonias, siempre y cuando fueran ordenados por su médico para el tratamiento antineoplásico. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS \$40/unidad, hasta un máximo de \$2,500/intervención**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por y se le practicaran intervenciones quirúrgicas por concepto de tratamiento antineoplásico. Si usted se sometiera a múltiples intervenciones quirúrgicas practicadas simultáneamente a través de la misma incisión, éstas serán consideradas como una sola intervención, y la cantidad pagada corresponderá a la intervención que genere el beneficio mayor. Si a usted se le practicaran múltiples intervenciones simultáneamente, pero a través de diferentes incisiones, nosotros pagaremos cada una de ellas. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**TRANSPORTACIÓN \$0.50/milla, hasta un máximo de \$1,500 por cada viaje de ida y vuelta**

Nosotros pagaremos este beneficio si usted incurriera en gastos por viajar a otra ciudad (ubicada a una distancia de por lo menos de 50 millas, ya sea de ida o vuelta, de la ciudad donde usted resida) con la finalidad de someterse a tratamiento antineoplásico, siempre y cuando dicho viaje fuese recomendado por su médico. Nosotros pagaremos este beneficio por viajar en un vehículo comercial (tren, avión o autobús) o por viajar en un vehículo no comercial (uso de un automóvil particular) desde y hasta su destino. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**EXENCIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA**

Si el asegurado nombrado quedara incapacitado por un período continuo de por lo menos 3 meses (90 días), por concepto de un cáncer, y el diagnóstico inicial fuese emitido después del período de espera y mientras esta póliza se encontrase vigente, mientras usted se encuentre incapacitado no se le requerirá pagar prima alguna para mantener su póliza vigente. Para los propósitos de este documento un mes comprenderá un período de 30 días. Incapacitado significa que usted no puede desempeñar trabajo alguno para el cual califique por concepto de su educación, capacitación o experiencia y que, de hecho, no está trabajando en ocupación alguna con la finalidad de generar ingresos o beneficios y que se encuentra bajo la atención de un médico por concepto de tratamiento antineoplásico. Si no estuviese empleado, nosotros no le requeriremos el pago de las primas, siempre y cuando a usted se le ordenara reposar en su hogar y se encontrara bajo la atención de un médico por concepto de su cáncer. Este beneficio no conlleva límite vitalicio alguno.

**DEFINICIONES**

**Trasplante de células madres provenientes de médula ósea:** comprende la recolección de células madres provenientes de médula ósea de un donante compatible o de usted, así como su almacenamiento y subsiguiente reinfusión de las mismas. Estos procedimientos se realizan bajo anestesia general o sedación endovenosa (IV, por sus siglas en inglés).

**Cáncer:** se refiere a una enfermedad identificada por la presencia de células malignas o un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y anormal y la diseminación de células malignas invasivas. Para los propósitos de esta póliza, las condiciones premalignas o condiciones con la potencialidad de transformarse en una malignidad no serán consideradas como cáncer.

**Pruebas exploratorias para la detección de cáncer:** se refiere a: una biopsia de una lesión de la piel, aspiración o biopsia de la médula ósea, ultrasonografía de las mamas, CA 15-3 (análisis de sangre para cáncer de mama), CA125 (análisis de sangre para cáncer de ovario), CEA (análisis de



sangre para cáncer del colon), radiografía del tórax, colonoscopia, sigmoidoscopia flexible, análisis para detectar sangre oculta en las heces (*Hemocult*), mamografía, prueba de Papanicolaou (*Pap smear*), PSA (análisis de sangre para cáncer de la próstata), electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para mieloma), termografía, prueba de Papanicolaou *ThinPrep* o colonoscopia virtual.

**Internado, internamiento, hospitalizado u hospitalización:** se refieren a la asignación de una cama a un paciente con la finalidad de internarlo en un hospital bajo la recomendación de un médico; o el internamiento en una unidad de observación dentro de un hospital por un período de por lo menos 20 horas continuas bajo la recomendación de un médico.

**Fecha del diagnóstico:** se refiere a la fecha en que la muestra de tejido o sangre fuese tomada y/o la titulación realizada, a tenor de los cuales se establece el diagnóstico inicial de cáncer.

**Hijos Dependientes:** se refieren a los hijos biológicos del asegurado nombrado, hijastros del asegurado nombrado, nietos que son dependientes por cuestiones del ingreso a la renta del asegurado nombrado; hijos adoptados del asegurado nombrado, niños para los cuales el asegurado nombrado presentó una petición con el propósito de adoptarlos, hijos a los que se le requiere asegurar bajo una orden médica de apoyo expedida bajo la Section 14.061, *Family Code* o exigida por la corte en este estado, hijos bajo su custodia sujetos a una orden temporal de la corte que le concede la conservación del hijo. Esos hijos deberán ser: solteros, dependan principalmente de usted o su cónyuge para su manutención, y que no hayan cumplido los 25 años de edad.

**Doctor o Médico:** se refiere a una persona, la cual no podrá ser usted ni un miembro de su familia, autorizada bajo una licencia expedida por el estado, para practicar artes curativas, proporcionarle los servicios médicos permitidos bajo dicha licencia y dispensarle los servicios por concepto de los cuáles los beneficios son conferidos bajo esta póliza.

**Tratamiento experimental:** se refiere a los fármacos o agentes quimioterapéuticos, cuya administración como tratamiento antineoplásico está pendiente de aprobación por la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América, así como a las intervenciones quirúrgicas o terapia recomendadas por la *National Cancer Institute* o la *American Cancer Society* para estudios experimentales.

**Miembro de la familia:** se refiere a su cónyuge, hijo, hija, madre, padre, hermana o hermano.

**Hospicio:** se refiere a una organización dedicada a la atención de pacientes que padezcan una enfermedad terminal y que: se encuentra autorizada bajo licencia emitida por una agencia gubernamental; acreditada por la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*; o calificada para recibir los beneficios de *Medicare* o *Medicaid*. La organización tendrá que contar con, por lo menos, un médico y una enfermera registrada. También tendrá que mantener expedientes médicos con información completa para cada paciente.

**Hospital:** se refiere a un establecimiento que: opera a tiempo completo a tenor de la ley imperante; ofrece atención a lesionados o enfermos durante el transcurso de por lo menos una noche; opera bajo la supervisión de un médico; cuenta con un equipo de enfermeras de tiempo completo supervisadas por una enfermera registrada; y que cuenta con lo siguiente, ya sea dentro de sus instalaciones o fuera de las mismas bajo convenios preestablecidos: equipo radiográfico, un laboratorio y un quirófano. La definición de "Hospital" no abarca asilos de enfermos (*nursing homes*), centros de cuidado extendido (*extended care facilities*), centros de atención de enfermería

especializada (*skilled nursing care facilities*), asilos de reposo (*rest homes*), asilos de ancianos (*homes for the aged*), viviendas con asistencia (*assisted living centers*), instalaciones de atención de Hospicio (*hospice care facilities*), centros de rehabilitación (*rehabilitation centers*) ni centros para drogadictos o alcohólicos.

**Quimioterapéuticos administrados por vía oral:** se refiere a los agentes quimioterapéuticos que se toman por la boca.

**Centro de cirugía ambulatoria:** se refiere a un quirófano debidamente equipado: en el cual médicos calificados puedan practicar intervenciones quirúrgicas a pacientes ambulatorios; anestesiólogo autorizado bajo licencia o Enfermera Anestésista Certificada y Registrada (*Certified Registered Nurse Anesthetist*) pueda administrar anestesia, aparte de anestesia local; y que bajo convenios celebrados en forma escrita con hospitales locales, se comprometa a aceptar inmediatamente al paciente que desarrolle complicaciones médicas.

**Patólogo:** se refiere a un médico, el cual no podrá ser usted ni uno de los miembros de su familia, autorizado bajo licencia para practicar medicina y anatomía patológica por la *American Board of Pathology*. Patólogo también se refiere a un patólogo osteópata autorizado por la *Osteopathic Board of Pathology*.

**Trasplante de células madres periféricas:** se refiere a la recolección de células madres periféricas, de un donante compatible o de usted, así como al almacenamiento y subsiguiente reinfusión de las mismas.

**Cirugía reconstructiva:** se refiere a intervenciones quirúrgicas destinadas a la reconstrucción de defectos anatómicos atribuibles al tratamiento de cáncer de las estructuras internas del cuerpo (no de la piel).

**Centro de atención de enfermería especializada:** se refiere a una entidad a donde usted acude para recuperarse de una enfermedad y que: opera legalmente y que puede ser una sala o unidad de un hospital; presta servicios las 24 horas del día y acepta la reclusión de pacientes sobre el transcurso de por lo menos una noche; funciona bajo la supervisión de un médico; cuenta con un equipo de enfermeras las 24 horas del día supervisadas por una enfermera registrada; y mantiene expedientes con documentación anotada diariamente, para cada paciente. No obstante a lo precitado, la definición de centro de atención de enfermería especializada no abarca: asilos de reposo (*rest homes*) ni asilos de ancianos (*homes for the aged*); centros que se dedican primordialmente al cuidado personal; ni centros para alcohólicos o drogadictos.

**Cáncer de la piel:** se refiere al melanoma con un diagnóstico de nivel de invasión I ó II a tenor de la clasificación de Clark (o menor de .75mm a tenor de la clasificación de Breslow); carcinoma de células basales; o carcinoma de células escamosas de la piel.

**Fármacos paliativos o modificadores y factores estimulantes de colonias:** se refiera a factores de crecimiento de médula ósea, paliativos de los efectos de radiación y quimioterapia y fármacos que estimulan el crecimiento de hueso.

**Quimioterapéutico de administración tópica:** se refiere a los quimioterapéuticos que se aplican directamente sobre la piel.

**Hospital del gobierno de los Estados Unidos de América:** se refiere a un hospital establecido por el gobierno de los Estados Unidos de América primordialmente para atender al personal militar inscrito, sus familias y a los veteranos del servicio militar.

**Período de espera:** se refiere a los primeros 30 días subsiguientes a la fecha de efectividad de la cobertura correspondiente a cada persona asegurada, durante el cual ningún beneficio será pagado.

**(4) LIMITACIONES:**

Esta póliza confiere beneficios si el diagnóstico inicial de cáncer fuese emitido o una de las pruebas exploratorias para la detección de cáncer fuese realizada: mientras su póliza se encuentre vigente, siempre y cuando se haya cumplido el período de espera; y el cáncer o el tratamiento no fuese excluido de la póliza por su nombre o descripción específica. Los fármacos administrados para el tratamiento de cáncer (denominado en este documento como *tratamiento antineoplásico*) tendrán que ser aprobados por la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América, y dicho tratamiento tendrá que ser dispensado en los Estados Unidos de América. Si el diagnóstico inicial de cáncer fuese establecido antes de cumplirse el período de espera, la cobertura, por concepto de dicho cáncer, únicamente cubrirá las pérdidas que hayan comenzado después de que esta póliza haya estado vigente por un período de dos años. La póliza no cubrirá las pruebas exploratorias para la detección de cáncer realizadas antes de cumplirse el período de espera. El cáncer tendrá que ser diagnosticado a tenor de hallazgos patológicos o clínicos. Si el cáncer no fuese diagnosticado hasta después de su muerte, nosotros únicamente pagaremos los beneficios por concepto del tratamiento contra dicho cáncer que hubiese sido proporcionado durante los 45 días precedentes a su muerte.

**(5) Renovación:** La renovación de este aditamento está garantizada siempre y cuando la póliza a la cual está adjunta esté vigente. Esto quiere decir que usted tiene el derecho de mantener su propia póliza vigente con los mismos beneficios, con excepción de que nosotros podremos suspender o finalizar la póliza, si: (1) Usted deja de pagar las primas requeridas bajo la póliza; o (2) Usted lleva a cabo una práctica que constituye fraude, o ha tergiversado intencionalmente un hecho material, relacionado en cualquier forma con la póliza, incluyendo reclamaciones de beneficios bajo la póliza.

**(6) Primas:** Las primas están sujetas a cambios. La tarifa de su prima podrá ser cambiada solamente si la cambiáramos para todas las pólizas de este tipo que se encuentren vigentes en el estado donde su póliza haya sido emitida.

**Prima Mensual \$ \_\_\_\_\_ Prima Anual \$ \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_**

**Cobertura: \_\_\_\_\_ Individual \_\_\_\_\_ Familia encabezada por un padre \_\_\_\_\_**

**Familia encabezada por dos padres \_\_\_\_\_**

El pago de primas debe ser enviado a nuestras oficinas de la Casa Matriz cuando sean pagaderas. Si usted no paga una prima cuando es pagadera usted puede pagarla durante los próximos 31 días. Estos 31 días se conocen como el período de gracia; sin embargo, si las primas no son pagadas al final del período de gracia la póliza finalizará y su cobertura terminará.

*Ésta es la traducción de un documento originalmente generado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresados en el mismo se registrarán por la versión original del documento emitido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento. Las pólizas de Colonial son expedidas en inglés.*

