ATLANTIC AMERICAN
Employee Benefits

Jackson Health System
OC0000002034

Plan de Cáncer Crítico

Un beneficio en suma global pagado directamente a usted al recibir una cubertura de un diagnóstico de cáncer - para usarlo como mejor le convenga.

Proteja a su familia del impacto financiero de un diagnóstico de cáncer

El cáncer es uno de los eventos de salud más comunes y con mayor impacto financiero para los trabajadores estadounidenses. Aunque su plan médico principal ayuda a cubrir los costos del tratamiento, los empleados con frecuencia enfrentan gastos considerables de su propio bolsillo, pérdida de ingresos, costos de transporte y presión económica durante la recuperación. El Plan de Cáncer Crítico le paga un béneficio en suma global directamente a usted, para que pueda concentrarse en lo que más importa.

Qué incluye

Benéfico Base en Suma Global — $10,000 o $20,000
Se paga al recibir el primer diagnóstico de Cáncer Invasivo, Cáncer No Invasivo, Tumor Cerebral Benigno o Trasplante de Médula Ósea/Células Madre, después de la fecha efectiva de cobertura.

Benéficos Adicionales por el Tipo de Cáncer — Hasta $15,000 Adicionales
Se pagan además del benéficio base para cánceres catastróficos (+$10,000) y cánceres específicos por género (+$5,000).

Benéficos Adicionales
El Beneficio por Cáncer de Piel ($500 por persona/año), el Beneficio de Segunda Opinión ($1,000) y el Beneficio de Prueba Genética ($1,000, solo para empleados) le ayudan a tomar un enfoque proactivo hacia su salud.

¿Cómo Funciona el Seguro de Cáncer Crítico?

- Inscríbase durante la Inscripción Abierta
- La cobertura comienza en su fecha efectiva
- Presente un reclamo al momento del diagnóstico
- Reciba su beneficio en suma global

El Valor del Seguro de Cáncer Crítico

- Suma global pagada directamente a usted — no se requieren facturas ni recibos
- Su cónyuge e hijos dependientes pueden estar cubiertos al 100% del beneficio que usted elija
- Sin limitación por condición preexistente
- Emisión Garantizada — sin preguntas de salud durante la Inscripción Abierta
- Use los beneficios para lo que necesite: gastos médicos, costos de vida, transporte, cuidado de niños
- La cobertura es portátil — llévelo con usted si se va o si cambia de trabajo.

¿Quién Puede Obtener Cobertura?

Todos los empleados activos que trabajen el mínimo de horas requerido son elegibles para inscribirse durante la Inscripción Abierta. La cobertura también está disponible para su **cónyuge e hijos dependientes elegibles** — ambos cubiertos al 100% del beneficio que usted elija. Debe elegir cobertura como empleado para agregar a su cónyuge o dependientes.

Este plan es de **Emisión Garantizada** — sin suscripción médica, sin revisión del historial de salud y sin examen requerido. Solo inscríbase durante la Inscripción Abierta para obtener cobertura.

ATLANTIC AMERICAN
Employee Benefits

Jackson Health System
OC0000002034

PLAN DE CÁNCER CRÍTICO TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIO BASE EN SUMA GLOBAL	CANTIDAD DE BENEFICIO
Cantidad Elegido por el Empleado al Primer Diagnóstico.	
Cáncer Invasivo	**$10,000 o $20,000**
Cáncer No Invasivo	**$10,000 o $20,000**
Tumor Cerebral Benigno	**$10,000 o $20,000**
Trasplante de Médula Ósea o Células Madre	**$10,000 o $20,000**

PUNTOS DESTACADOS DE BENEFICIOS ADICIONALES	CANTIDAD DE BENEFICIO
Cantidad de beneficio	**$500 por persona por año**
Beneficio de Segunda Opinión	**$1,000**
Beneficio de Prueba Genética (Solo para Empleados)	**$1,000**

INFORMACIÓN DEL PLAN	
Disponible Para:	Empleado, Cónyuge, Dependientes Elegibles
Cobertura del cónyuge (excl. beneficios adicionales):	100% del Beneficio del Empleado
Cobertura de dependientes (excl. beneficios adicionales):	100% del Beneficio del Empleado
DETALLES ADICIONALES DEL PLAN	
Limitación por condición pre-existente:	Ninguna
Reducción de beneficio por edad:	Ninguna
Emisión Garantizada:	Sí — en la Inscripción Abierta Anual
Portabilidad:	Incluida
Requisito de fecha efectiva:	El diagnóstico inicial debe ocurrir después de la fecha efectiva de cobertura

BENEFICIO DE BIENESTAR	CANTIDAD DE BENEFICIO
Beneficio de atención preventiva anual y evaluación de bienestar	
Beneficio de chequeo de bienestar (por persona cubierta)	$100 por año
Límite individual	1 por año
Límite familiar	6 por año

BENEFICIO ADICIONAL POR CÁNCER CATASTRÓFICO	CANTIDAD DE BENEFICIO
Se paga además de la cantidad del beneficio base	
Glioblastoma Multiforme	**+$10,000**
Cáncer Invasivo del Pulmón	**+$10,000**
Cáncer Invasivo del Páncreas	**+$10,000**

BENEFICIO ADICIONAL POR CÀNCER ESPECÍFICO POR GÉNERO	CANTIDAD DE BENEFICIO
Se paga además de la cantidad del beneficio	
Cáncer Invasivo de Mama	**+$5,000**
Cáncer Invasivo de Trompa de Falopio	**+$5,000**
Cáncer Invasivo Cervical	**+$5,000**
Cáncer Invasivo de Ovario	**+$5,000**
Cáncer Invasivo Uterino	**+$5,000**
Cáncer Invasivo Vaginal	**+$5,000**
Cáncer Invasivo Vulvar	**+$5,000**
Cáncer Invasivo de Próstata	**+$5,000**
Cáncer Invasivo de Peniano	**+$5,000**
Cáncer de Escroto o Testículo Invasivo	**+$5,000**

EJEMPLO DE PAGO CON BENEFICIO ADICIONALES

$20,000	$10,000	$30,000
Beneficio Base En Suma Global	Beneficio Adicional Por Cáncer Catastrófico	Beneficio Total Máximo

Los beneficios adicionales se pagan además del monto de beneficio base elegido de $10,000 o $20,000. Los beneficios del cónyuge y dependientes equivalen al 100% del beneficio elegido por el empleado. Todos los montos de beneficios son de Emisión Garantizada en la Inscripción Abierta Anual.

ATLANTIC AMERICAN
Employee Benefits

Jackson Health System
OC0000002034

DETALLES DEL BENEFICIO PLAN DE CÁNCER CRÍTICO

BENEFICIO BASE EN SUMA GLOBAL

Al recibir el primer diagnóstico de una condición cubierta que ocurra después de su fecha efectiva de cobertura, Atlantic American le pagará el beneficio en suma global que usted eligió — ya sea $10,000 o $20,000 — directamente a usted. El pago no se reduce ni se compensa por ningún otro beneficio de seguro que pueda recibir.

Los diagnósticos base cubiertos incluyen: Cáncer Invasivo, Cáncer No Invasivo, Tumores Cerebrales Benignos y Trasplantes de Médula Ósea o Células Madre.

Las definiciones de cáncer se derivan del lenguaje del certificado de póliza.

BENEFICIO ADICIONAL POR CÁNCER CATASTRÓFICO (+$10,000)

Si usted o un familiar cubierto recibe un diagnóstico de alguno de los siguientes cánceres, se le pagarán automáticamente $10,000 adicionales además del beneficio base en suma global — sin necesidad de una solicitud separada:

- Glioblastoma Multiforme
- Cáncer Invasivo de Pulmón
- Cáncer Invasivo de Páncreas

BENEFICIO ADICIONAL POR CÁNCER ESPECÍFICO POR GÉNERO (+$5,000)

Se pagan $5,000 adicionales además del beneficio base para los siguientes diagnósticos de cáncer invasivo:

- Cáncer de Mama
- Cáncer de Trompa de Falopio
- Cáncer Cervical
- Cáncer de Ovario
- Cáncer Uterino
- Cáncer Vaginal
- Cáncer Vulvar
- Cáncer de Próstata
- Cáncer de Pene
- Cáncer de Escroto/Testículo

BENEFICIO POR CÁNCER PIEL ($500)

Paga $500 por asegurado cubierto por año del plan al recibir un diagnóstico de cáncer de piel. Este beneficio es independiente del beneficio base en suma global y puede pagarse una vez por persona por año.

BENEFICIO DE SEGUNDA OPINIÓN ($1,000)

Paga $1,000 para ayudar a cubrir el costo de obtener una segunda opinión médica después de un diagnóstico de cáncer. Este beneficio le ayuda a contar con la información que necesita para tomar decisiones de tratamiento con confianza.

Beneficio De Prueba Genética ($1,000 — Solo para empleados)

Paga $1,000 por pruebas genéticas cubiertas realizadas para evaluar el riesgo de cáncer (solo para empleados). Este beneficio apoya un enfoque proactivo hacia la salud y la detección temprana.

EMISIÓN GARANTIZAD A EN LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

Todos los montos de beneficios bajo este plan son de Emisión Garantizada en la Inscripción Abierta Anual. No se requiere suscripción médica, preguntas de salud ni examen físico. Los empleados que se inscriban durante la Inscripción Abierta quedan aprobados automáticamente para recibir cobertura.

¿Por Qué Inscribirse Durante La Inscripción Abierta?

- √ Emisión Garantizada — no se requieren preguntas de salud ni exámenes
- √ 1 de cada 2 hombres y 1 de cada 3 mujeres recibirán un diagnóstico de cáncer en su vida*
- √ Los costos promedio de cáncer de bolsillo pueden superar los $10,000 al año
- √ Su plan de salud puede no cubrir todos los gastos — esta cobertura llena ese vacío
- √ Su cónyuge e hijos están cubiertos al 100% de su beneficio
- √ Portátil — lleve su cobertura contigo si cambia de trabajo
- √ Sin limitación por condición preexistente

*Instituto Nacional del Cáncer, Estadísticas de Cáncer SEER

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Su cobertura del Plan de Cáncer Crítico terminará en la primera de las siguientes fechas: (1) la fecha en que ya no sea elegible bajo la póliza de grupo; (2) la fecha en que no se paguen las primas requeridas; (3) la fecha en que la póliza de grupo termine; o (4) la fecha en que usted solicite la cancelación. Es posible que haya opciones de portabilidad disponibles al momento de la terminación — comuníquese con su departamento de Recursos Humanos o con el Servicio al Cliente de Grupo de Atlantic American para más detalles.

FECHA EFECTIVA DE COBERTURA

Su cobertura comienza en la fecha indicada por la póliza de grupo de su empleador. Los beneficios solo se pagan por nuevos diagnósticos de cáncer que ocurran en o después de su fecha efectiva de cobertura. Los diagnósticos previos a su fecha efectiva no están cubiertos. Si se inscribe durante la Inscripción Abierta, su cobertura comenzará en la próxima fecha de renovación del plan.

ATLANTIC AMERICAN
Employee Benefits

Jackson Health System
OC0000002034

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

No pagaremos beneficios por un reclamo causado por, que contribuya a, o que resulte de cualquiera de los siguientes:

1. Cualquier diagnóstico de cáncer que ocurra antes de la fecha efectiva de cobertura del asegurado bajo esta póliza.
2. Intoxicación voluntaria, según la define la ley de la jurisdicción en la que ocurrió, o mientras se está bajo la influencia de cualquier narcótico, droga o sustancia controlada, a menos que haya sido administrada por un médico o profesional
3. Intoxicación voluntaria por el uso de venenos, gas o vapores, ya sea por ingestión, inyección, inhalación o absorción.
4. Cometer o intentar cometer un delito grave, o participación en un motín, insurrección o actividad terrorista.
5. Autolesiones intencionales o intentar o cometer suicidio, ya sea en un estado de cordura o no al momento del hecho.
6. Una enfermedad o condición contraída mientras el asegurado es miembro activo de las fuerzas armadas de cualquier nación o autoridad o continuación de una cirugía para el tratamiento del cáncer.
7. Una enfermedad contraída mientras el asegurado participa en una ocupación o actividad ilegal, o mientras se encuentra legalmente encarcelado en una institución penal o correccional.
8. Cirugía cosmética u otros procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios, excepto la cirugía reconstructiva como consecuencia médico con licencia o tomada según sus instrucciones.
9. Diagnóstico o tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, sus territorios o Canadá.
10. Tratamiento proporcionado en una instalación, consultorio u otro lugar que sea propiedad o esté operado por un asegurado o un familiar inmediato.
11. Cualquier condición que no cumpla con la definición del plan de un tipo de cáncer cubierto, según se define en el certificado de póliza y el certificado de cobertura.
12. Cualquier reclamo del beneficio por cáncer de piel que exceda una ocurrencia por asegurado cubierto por año del plan.

Además, no se pagarán beneficios por ningún diagnóstico de cáncer que ocurra antes de que el asegurado esté cubierto bajo el certificado. Este es un plan de beneficios suplementario y no reemplaza la cobertura de seguro médico principal. Los beneficios no son transferibles a los proveedores.

La póliza del Plan de Cáncer Crítico está asegurada por Bankers Fidelity Life Insurance Company®. Este es un producto de seguro suplementario y no es un sustituto de, ni se coordina con, la cobertura de seguro médico principal o integral. Se aplican limitaciones y exclusiones; los términos y condiciones en las disposiciones reales de la póliza y del certificado prevalecen en caso de cualquier discrepancia. Las tarifas están sujetas a cambios. Consulte la póliza y el certificado específicos para obtener detalles completos. Es posible que se requiera una solicitud para determinar la elegibilidad. La Póliza, cualquier Cláusula adicional opcional y los beneficios en ellas están sujetos a disponibilidad y pueden variar según el estado. Este es solo un resumen de los productos y servicios ofrecidos; las ofertas reales pueden variar según el tamaño del grupo y otras consideraciones de suscripción o legales. Esta es una solicitud de seguro y un agente independiente puede comunicarse con usted.

© 2026 Atlantic American Employee Benefits. Todos los derechos reservados.

ATLANTIC AMERICAN
Employee Benefits

Servicio al Cliente del Grupo
(866) 458-7502
groupcustomercare@atlam.com
AAEMPLOYEEBENEFITS.COM
Atlantic American Employee Benefits
4370 Peachtree Road, NE
Atlanta, Georgia 30319

Acceso fácil a cobertura y presentación de reclamos

MyCoverage es un sitio web fácil de usar que le permite ver información sobre cobertura y beneficios, presentar reclamos y descargar formularios las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

MYCOVERAGE.ATLAM.COM