

# PÓLIZA DE CÁNCER

## Y ENFERMEDADES TEMIDAS



PROTECT

 **TRIPLE-S** VIDA



### ¿POR QUÉ NECESITO UNA PÓLIZA PARA CÁNCER?

El cáncer es la primera causa de muerte en Puerto Rico y por lo costoso de los tratamientos, el tener un plan médico no es suficiente para proteger tus finanzas ante un diagnóstico positivo.

En caso de contraer cáncer o alguna de las enfermedades temidas cubiertas, la Póliza Protect de Triple-S Vida te ayuda a cubrir los costos relacionados a los tratamientos requeridos, en adición a los que no son médicos. Entre estos se encuentran: gastos especiales como transporte, alojamiento, gastos ordinarios de la familia y pérdida de ingreso debido a la incapacidad de trabajar.

**Esta póliza cubre beneficios en adición a los que cubra cualquier plan médico** o plan suplementario, porque un seguro médico no es suficiente para enfrentar esta terrible enfermedad.

### ¿QUIÉN CUALIFICA PARA ESTA PÓLIZA?

Será elegible toda persona menor de 65 años que no haya sido diagnosticada, ni haya recibido tratamiento o consulta médica relacionada con cáncer y/o enfermedades temidas cubiertas.

En caso de personas que tengan historial con diagnóstico positivo, serán elegibles luego de que cumplan con un periodo de remisión y que no requieran de tratamiento por 10 años o más. Luego de ese periodo, al asegurarse bajo esta póliza obtendrán **todos los beneficios**, con excepción del beneficio del primer diagnóstico por el cual no tendrá cubierta.



## VENTAJAS QUE TE OFRECE PROTECT

La fecha de vigencia de su seguro comenzará tan pronto se entregue la póliza y la prima inicial sea recibida en la oficina principal de Triple-S Vida.

La cubierta básica de cáncer y enfermedades temidas **NO tiene período de espera**. Esta póliza **NO contempla reducción de beneficios por edad**.

Puedes asegurarte como individuo, padre o madre soltero o seleccionar una cubierta de pareja o familia.

Pagaremos una indemnización de **\$2,000** por **primer diagnóstico de cáncer**.

Pagaremos una indemnización de **\$1,000** por **primer diagnóstico por enfermedad temida**.

Pagaremos una indemnización de **\$300** por **primer diagnóstico del virus de la Influenza Tipo A**.

## ENFERMEDADES TEMIDAS CUBIERTAS

Entre las enfermedades temidas se incluyen una o más de las siguientes enfermedades que se hayan manifestado y/o diagnosticado por primera vez:

- Anemia Drepanocítica
- Difteria
- Distrofia Muscular
- Encefalitis
- Enfermedad de Addison
- Enfermedad de los Legionarios
- Enfermedad de Niemann (Pick)
- Enfermedad de Ty (Sachs)
- Enfermedad de Whipple
- Esclerosis Múltiple
- Fiebre Escarlatina
- Fiebre de las Montañas Rocosas
- Fiebre Reumática
- Fiebre Tifoidea
- Lupus Eritematoso
- Malaria
- Meningitis Bacteriana
- Miastenia Grave
- Necrólisis Epidérmica Tóxica
- Osteomielitis
- Poliomielitis
- Rabia
- Síndrome de Reye
- Síndrome de Shock Tóxico
- Tétano
- Tuberculosis Humana
- Tularemia
- Viruela
- Virus de la Influenza Tipo A

El diagnóstico positivo de la enfermedad temida tiene que darse por el médico especialista en el tratamiento de la enfermedad.

## BENEFICIOS

Triple-S Vida pagará por cáncer y enfermedades temidas de acuerdo con lo siguiente:

### AJUSTE POR INCREMENTO EN COSTO DE VIDA

A partir del tercer año de la póliza, el beneficio pagadero se ajustará de acuerdo con las disposiciones sobre beneficios aumentándose por el por ciento correspondiente al año de la póliza en que ocurre el evento cubierto, como sigue:

AÑO PÓLIZA	% DE AUMENTO
3	3%
4	6%
5	9%
6	12%
7 y subsiguientes	15%

### MANTENIMIENTO DE BUENA SALUD

Pagaremos hasta \$25 por año póliza para cubrir los cargos incurridos en pruebas preventivas dirigidas a detectar la presencia de cáncer, tales como: Mamografías, Papanicolaou, Colonoscopia, Antígeno Específico de la Próstata (PSA) y otros con propósito similar, después que la póliza haya estado en vigor por 12 meses consecutivos. Después que la póliza haya estado en vigor por 24 meses consecutivos, el beneficio aumentará hasta un máximo de \$50 durante el año póliza.

---

### PRUEBAS INICIALES PARA DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Pagaremos el costo usual y acostumbrado usando los criterios de Medicare para Puerto Rico por todas las pruebas iniciales recomendadas por un médico licenciado, según definido y necesarias para un diagnóstico positivo de cáncer y enfermedades temidas, sin exceder \$600 en el primer año de la póliza. Este beneficio incrementará \$100 anuales hasta llegar a un máximo de \$1,300.

---

### DIAGNÓSTICO DE PRIMERA OCURRENCIA DE CÁNCER

Pagaremos una indemnización de \$2,000 al recibo de prueba satisfactoria de que se le ha **diagnosticado cáncer por primera vez** en vida del asegurado después de la fecha de vigencia de la póliza. Este beneficio se pagará una sola vez durante la vida del asegurado. Se excluye cáncer de la piel, excepto melanoma maligno. Por prueba satisfactoria, se entiende un informe patológico certificado u otras pruebas que establezcan el diagnóstico positivo de cáncer.

### DIAGNÓSTICO DE PRIMERA OCURRENCIA POR ENFERMEDAD TEMIDA

Pagaremos una indemnización de \$1,000 al recibo de prueba satisfactoria de que se le ha **diagnosticado por enfermedad temida por primera vez** en vida del asegurado, después de la fecha de vigencia de la póliza. Este beneficio se pagará una sola vez durante la vida del asegurado. Se excluye cáncer de la piel, excepto melanoma maligno. Por prueba satisfactoria se entiende un informe patológico certificado u otras pruebas que establezcan el diagnóstico positivo de la enfermedad temida (se excluye Virus de la Influenza Tipo A).

---

### DIAGNÓSTICO DE PRIMERA OCURRENCIA POR VIRUS DE INFLUENZA TIPO A

Pagaremos una indemnización de \$300 al recibo de prueba satisfactoria de que se le ha **diagnosticado el virus de la Influenza Tipo A por primera vez** en vida del asegurado. Este beneficio se pagará una sola vez durante la vida del asegurado. Por prueba satisfactoria se entiende un informe de laboratorio certificado que establezca el diagnóstico positivo del Virus de la Influenza Tipo A.





### CÁNCER DE LA PIEL

Pagamos los cargos usuales y acostumbrados por extirpar, quemar con nitrógeno o electricidad el cáncer de la piel, hasta \$225 por procedimiento.

---

### RECLUSIÓN EN HOSPITAL

**Cubierta regular** – durante los primeros 60 días de reclusión hospitalaria, que no sea en la unidad de cuidado intensivo, pagaremos las siguientes indemnizaciones por cada día de reclusión de la siguiente manera:

- \$400 por el primer día
- \$350 del día 2 al 10
- \$250 del día 11 al 60

**Cubierta extendida** – comenzando el día 61 del mismo período de reclusión, pagaremos 100% de los cargos incurridos en servicios y suministros provistos por el hospital hasta un máximo de \$25,000 mensuales.

---

### RECLUSIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

En la medida que el cargo no se cubra por el beneficio de Cubierta Extendida para Reclusión en Hospital, pagaremos por cargos incurridos por reclusión en unidad de cuidado intensivo de un hospital hasta un máximo de \$375 por día, sujeto a un máximo de 20 días por reclusión.

---

### MÉDICO PERSONAL

Pagaremos el cargo incurrido hasta \$125 diarios por visita de un médico al hospital, que no sea visita posoperatoria del cirujano.

### SERVICIOS DE ENFERMERÍA PRIVADA EN EL HOSPITAL

Pagaremos por gastos incurridos hasta \$125 diarios por concepto de servicios privados de enfermería que no tengan relación de parentesco con el asegurado, cuando estos servicios sean médicamente necesarios y ordenados por el médico a cargo del tratamiento mientras esté recluso en el hospital.

---

### MEDICINAS Y DROGAS

Pagaremos por el cargo incurrido por medicinas y drogas suministradas por el hospital durante una reclusión, hasta un 25% de la suma pagadera bajo el beneficio de Cubierta Regular para Reclusión en Hospital.

---

### MANEJO DEL DOLOR Y EFECTOS SECUNDARIOS EN TRATAMIENTOS DE CÁNCER

Pagaremos el gasto incurrido por concepto de **medicamentos recetados** o recomendados para manejo del dolor como consecuencia del cáncer y manejo de los efectos secundarios producidos por tratamientos dirigidos a la cura del cáncer, sin exceder de \$1,500 por vida del asegurado. Siempre que sean médicamente necesarios y ordenados por el médico oncólogo a cargo del tratamiento de cáncer.

En el caso de **tratamientos con cannabis**, la recomendación debe ser emitida por un médico autorizado a recomendar cannabis y que cumpla con toda la regulación vigente al momento de emitir la recomendación. El asegurado debe estar autorizado a recibir el tratamiento y adquirirlo en locales autorizados.

## CIRUGÍA

Pagaremos por los cargos incurridos por intervención quirúrgica, incluyendo atención posoperatoria del cirujano, según estipulado en la póliza, hasta un máximo de **\$8,500**. Si el procedimiento no aparece mencionado en la póliza, pagaremos una cantidad que no excederá la correspondiente a un procedimiento comparable mencionado.

*Para cirugía por cáncer de la piel, implantación de prótesis o reconstrucción de seno, referirse a la cláusula correspondiente.*

### TABLA DE CIRUGÍA

PROCEDIMIENTO	PAGO MÁXIMO	PROCEDIMIENTO	PAGO MÁXIMO
<b>ABDOMEN</b>		<b>GENITALIA EXTERNA - MUJER</b>	
Resección completa del estómago	\$4,300	Excisión completa de vulva o vagina	\$6,400
Resección parcial del estómago	3,400	Cauterización del cérvix	150
Resección del intestino delgado	3,000	<b>GENITALIA EXTERNA - HOMBRE</b>	4,300
Resección del colon ascendente o transverso	4,300	Amputación del pene	
Resección combinada abdominoperineal	4,300	Orquiectomía	850
Colostomía o ileostomía	4,700	- Unilateral	1,300
Resección del esófago	5,100	- Bilateral	
Gastrostomía en relación con el esófago	2,600	<b>OJOS</b>	
Esplenectomía	2,600	Enucleación con resección completa	1,700
Cistectomía completa con trasplante de uréter	5,100	<b>SISTEMA GENITO- URINARIO</b>	3,400
Excisión simple de la vejiga urinaria	2,600	Resección de riñón	4,300
<b>AMPUTACIONES</b>		Resección completa de próstata	2,600
Muslo	2,600	Resección del útero, tubos y ovarios	
Pierna o pie entero	2,100	<b>CUELLO</b>	2,600
Mano entera, brazo o antebrazo	1,700	Resección completa de glándulas del cuello	
Dedos del pie (cada uno)	450		
Dedos de la mano (cada uno)	650		
<b>CEREBRO</b>		<b>RECTO</b>	
Craneotomía, resección completa de tumor	4,300	Proctectomía completa	4,300
<b>GLANDULAS MAMARIAS</b>		<b>PIEL</b>	
Amputación de un seno	3,000	Remoción completa de:	
Amputación de ambos senos	6,400	- Labios	1,700
<b>PECHO</b>		- Orejas	850
Lobectomía completa	4,300	- Nariz	1,500
Excisión intracardiaca de tumor	8,500	- Lengua	3,000
<b>GARGANTA</b>		- Amígdalas	850
Excisión de Laringe	4,300	- Membrana Mucosa de la boca	1,100
Tiroidectomía (sub-total)	2,600	<b>ESPINAL</b>	
Tiroidectomía (total)	3,000	Laminectomía con resección de discos	4,300

## ANESTESIA

Pagaremos una indemnización de **30%** de la suma pagadera por el procedimiento de cirugía, según estipulado en la póliza. Si se trata de cáncer de la piel, el beneficio se limita a **\$100** por intervención.

---

## IMPLANTES Y RECONSTRUCCIÓN DE SENO

Pagaremos hasta **\$5,000** por el cargo usual y acostumbrado utilizando los criterios de Medicare para Puerto Rico de una cirugía unilateral o bilateral para la implantación de prótesis del seno y de otros procedimientos quirúrgicos para la reconstrucción del seno, siempre que la amputación anterior debido a cáncer del seno haya sido cubierta por esta póliza.

Además, pagaremos el cargo usual y acostumbrado utilizando los criterios de Medicare para Puerto Rico por prótesis externas de seno, hasta un máximo de una por año póliza.

---

## OTRAS PRÓTESIS

Pagaremos hasta **\$3,500** por el cargo usual y acostumbrado por la prótesis requerida debido a amputación. Pagaremos hasta **\$500** por vida del asegurado por otras prótesis que no sean del seno.

---

## SANGRE Y PLASMA, TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS A LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE

En la medida que el cargo no se cubra por el beneficio de Cubierta Extendida para Reclusión en Hospital, pagaremos el cargo usual y acostumbrado **hasta \$1,000 diarios por tratamiento de sangre y plasma.**

En la medida que el cargo no se cubra por el beneficio de Cubierta Extendida para Reclusión en Hospital, pagaremos el gasto incurrido **hasta \$1,000 por tratamiento alternativo a la transfusión de sangre y plasma.**

---

## SEGUNDA OPINIÓN POR CIRUGÍA

Pagaremos hasta **\$200** por el cargo incurrido una segunda opinión médica sobre un procedimiento quirúrgico respecto al cáncer diagnosticado o alguna enfermedad cubierta, excepto cáncer de la piel.

---

## INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD MIENTRAS ESTÉ HOSPITALIZADO

Pagaremos una indemnización de hasta **\$800** mensuales por cada reclusión hospitalaria del asegurado primario que exceda las 24 horas.

*Período máximo de 12 meses consecutivos.*



## COMPENSACIÓN ADICIONAL A PADRES ASALARIADOS

Pagaremos una indemnización de hasta **\$50** diarios por día laborable perdido por uno de los padres o hasta **\$100** diarios por día laborable perdido por ambos padres como consecuencia de asistir directamente al hijo(a) asegurado por el tratamiento de la enfermedad cubierta. El beneficio será pagadero luego de agotar cualquier licencia laboral con paga. Este beneficio no excederá de 30 días laborables perdidos durante un año póliza y aplica solamente a los planes Monoparental o Familiar.

---

## CASA DE CONVALECENCIA

Pagaremos una indemnización de **\$115** diarios por los primeros 10 días y **\$60** del día 11 al 30 por beneficios por Reclusión en un Hogar de Convalecencia, como continuación de una hospitalización precedente por la cual se pagaron beneficios y cuando sea ordenado por el médico a cargo de la enfermedad. Pagaremos el mismo número de días de hospitalización o 30 días, lo que sea menor.

---

## AMA DE LLAVES

Pagaremos por el gasto incurrido por concepto de servicio de ama de llaves en el hogar para el asegurado hasta **\$50** diarios, sin exceder los **\$1,000** de por vida. Este servicio tiene que ser por recomendación del médico responsable del tratamiento.

### SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EL HOGAR

Pagaremos hasta **\$75** por gasto incurrido diarios sin exceder **\$1,050** durante la vida del asegurado por el servicio de enfermería en el hogar. El servicio debe ser necesario y ordenado por el médico a cargo del tratamiento y dado por personal de enfermería licenciado que no tenga relación de parentesco con el asegurado.

### RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, TERAPIA EXPERIMENTAL Y OTROS

Pagaremos hasta **\$10,000** por los cargos incurridos durante cualquier año póliza y que no se hayan pagado bajo el beneficio de Cubierta Extendida para Reclusión en Hospital.

### DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Pagaremos hasta **\$250** durante año póliza por el gasto incurrido por concepto de procedimiento quirúrgico o medicamentos para la disfunción eréctil como consecuencia del cáncer de próstata.

### AMBULANCIA

Pagaremos el cargo usual y acostumbrado por servicio de ambulancia terrestre para la trasportación del asegurado hasta o desde el hospital donde será recluido para el tratamiento de la enfermedad cubierta. En el caso de residentes de los municipios Vieques y Culebra se incluirá el servicio de ambulancia aérea hasta el hospital en Puerto Rico.

### TRANSPORTACIÓN Y ALOJAMIENTO FUERA DE PUERTO RICO PARA ACOMPAÑANTE

Pagaremos hasta **\$4,500** por gasto incurrido durante cualquier año póliza por tarifa aérea en clase económica de un familiar adulto acompañante del asegurado y los gastos incurridos por alojamiento mientras dure la reclusión.

### TRANSPORTACIÓN FUERA DE PUERTO RICO PARA ASEGURADO

Pagaremos el gasto incurrido por tarifa aérea en clase económica para su transportación hasta el lugar más cercano al hospital donde será recluido para el tratamiento de la enfermedad cubierta, siempre que sea ordenado por el médico a cargo y el tratamiento no esté disponible localmente. Adicional, pagaremos hasta **\$100** diarios por gasto incurrido por alquiler de auto fuera de Puerto Rico, sin exceder **\$500** durante año póliza.

### RAYOS X, TOMOGRAFÍAS COMPUTADORIZADAS O RESONANCIA MAGNÉTICA

Pagaremos hasta **\$500** por cargo incurrido durante un año póliza sin exceder **\$1,000** por vida del asegurado por concepto de pruebas de rayos X, tomografías computadorizadas o resonancia magnética, que se lleven a cabo a consecuencia del diagnóstico de enfermedades cubiertas y que no se hayan pagado bajo el beneficio de Cubierta Extendida para Reclusión en Hospital.

### APOYO PSICOLÓGICO

Pagaremos a todos los asegurados bajo la póliza que reciban el diagnóstico y tratamiento de cáncer y enfermedad temida cubierta, los gastos incurridos por concepto de visitas a siquiátras o psicólogos clínicos hasta el máximo de **\$100** por vista sin exceder del límite de **\$3,000** por todos los asegurados. En el caso de fallecimiento del asegurado por la enfermedad cubierta, se extenderá el beneficio hasta un máximo de **\$1,000**. Estas visitas deben ser necesarias y ordenadas por el médico responsable del tratamiento de cáncer y enfermedades temidas.

### CALIDAD DE VIDA

Pagaremos hasta **\$100** mensuales sin exceder **\$1,200** por vida del asegurado por el gasto incurrido por concepto de:

- Pelucas
- Sostenes especiales
- Terapias hormonales
- Masajes del sistema linfático
- Acupuntura
- Nutricionista
- Quiroprácticos
- Naturópatas

Estos servicios deben ser necesarios y ordenados por el médico responsable del tratamiento de cáncer y enfermedades temidas.



## VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Pagaremos hasta \$50 por vacuna y \$150 de por vida por el gasto incurrido por concepto de la vacuna contra el virus del papiloma humano a aseguradas adolescentes entre las edades de 11 a 18 años.

## RELEVO DEL PAGO DE LA PRIMA

El asegurado primario será relevado del pago de la prima de la póliza básica a partir de la fecha del diagnóstico de cáncer. El relevo será por 60 meses o hasta la muerte del asegurado, lo que ocurra primero. Este relevo no aplica a cáncer de la piel no invasivo.

## RECLUSIÓN EN EL HOGAR POR CÁNCER TERMINAL

Si se declara la condición de cáncer terminal y el médico a cargo de la hospitalización ordena enviar al asegurado a su hogar, precedido por un periodo de hospitalización, pagaremos un beneficio diario mientras esté vivo por un máximo de 180 días, según lo siguiente: \$60 diarios por los primeros 60 días y \$25 diarios del día 61 al 180.

## TRASLADO DE RESTOS MORTALES A PUERTO RICO

Pagaremos hasta \$1,750 por el gasto incurrido para el traslado a Puerto Rico de los restos mortales del asegurado que falleció fuera de Puerto Rico por la enfermedad cubierta, mientras recibía tratamiento.

## FUNERAL

Si el asegurado fallece como consecuencia de cáncer o una enfermedad cubierta, pagaremos por el cargo incurrido en servicios de funeral hasta un máximo de \$5,000. Este beneficio incrementará \$250 a partir del primer aniversario de la póliza y por cada año que la póliza permanezca vigente, hasta alcanzar un beneficio de \$6,500. Si el beneficio excede el cargo incurrido, el exceso lo pagaremos al beneficiario.

## DIAGNÓSTICO POST-MORTEM

Cuando el requisito de diagnóstico positivo de cáncer sólo se pueda hacer después de la muerte, asumiremos responsabilidad retroactivamente y pagaremos por cargos incurridos o indemnizaciones pagaderas de acuerdo con los términos de la póliza, limitado al período de tiempo que comienza con el último período de hospitalización.

## SERVICIOS LEGALES

Pagaremos el gasto incurrido por concepto de servicios legales necesarios como consecuencia del fallecimiento del asegurado a causa de cáncer y enfermedades temidas, hasta un máximo de \$300.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Esta póliza provee beneficios únicamente por pérdidas que resulten de cáncer y enfermedades temidas, según definidas. No se pagarán beneficios por pérdidas resultantes de ninguna otra enfermedad o padecimiento, o ninguna enfermedad o incapacidad causada, complicada, agravada o afectada por cáncer o por cualquiera de las Enfermedades Temidas.

## DEFINICIONES PARA LOS MÉTODOS DE PAGO DE LOS BENEFICIOS

**Cargo Incurrido** es la cantidad de dinero que la institución factura por el servicio, tratamiento o suministro médico provisto.

**Gasto Incurrido** es la cantidad de dinero que el asegurado paga con su propio dinero. Entiéndase que se reembolsará el pago de los costos no sufragados por un plan de salud, cualquier otra cobertura médica, alguna otra institución o fondo de ayuda para enfermedades catastróficas o fondos de ayuda similares provenientes del gobierno o entidades privadas.

**Indemnización** es cuando se paga la cantidad indicada por el beneficio, independientemente de los gastos incurridos por el asegurado, su plan médico o cualquier otra persona o institución.

**Cargo usual y acostumbrado** es la cantidad de dinero que generalmente se cobra por el servicio, tratamiento o suministro médico en el estado donde se realiza. Este cargo se determina siguiendo los criterios de *Medicare*.

Un **día de reclusión en el hospital** significa un periodo de 24 horas consecutivas contados a partir de la hora de admisión como paciente de cama.



# BENEFICIOS OPCIONALES

Amplía tu protección adquiriendo nuestros suplementos



## AUMENTO DE BENEFICIO POR UNIDADES

Puedes adquirir media unidad o unidad adicional del monto del beneficio. El beneficio se calculará multiplicando las unidades compradas por la cantidad en dólares del monto del beneficio que aplique.

*Tiene un período de espera de 30 días a partir de la fecha de efectividad del suplemento.*

## PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INTERNO O MELANOMA MALIGNO

Si el asegurado recibe un primer diagnóstico de cáncer interno o melanoma maligno pagaremos un único pago. Puede adquirir un beneficio desde **\$1,000 en adelante**, según el asegurado seleccione y pague la prima correspondiente.

*Tiene un período de espera de 30 días a partir de la fecha de efectividad del suplemento.*

## PAGO ÚNICO PARA TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA Y TERAPIA EXPERIMENTAL

Al asegurado recibir un primer diagnóstico de cáncer interno o melanoma maligno y el médico a cargo del tratamiento prescriba tratamiento de radioterapia, quimioterapia o terapia experimental, pagaremos en un único pago el monto del beneficio, según el asegurado seleccione y pague la prima correspondiente.

Puedes adquirir un beneficio desde **\$1,000 en adelante**.

*Tiene un período de espera de 30 días a partir de la fecha de efectividad del suplemento.*



**MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO E INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN Y/O CONVALECENCIA DEBIDO A UN ACCIDENTE**

Indemnización por la pérdida de vida y desmembramiento  
Pagaremos los montos asegurados según aplique:

- Asegurado primario entre \$15,000 a \$100,000. En caso de desmembramiento será entre el 50% o 100% del monto asegurado.
- Cónyuge o asegurado adicional \$15,000
- Hijos dependientes \$5,000

**HOSPITALIZACIÓN POR 24 HORAS DEBIDO A ACCIDENTE**

Si debido a un accidente el asegurado es recluido por un período mínimo de 24 horas consecutivas en un hospital, como paciente de cama, pagaremos la indemnización correspondiente a la pérdida.

- El asegurado primario, cónyuge o asegurado adicional recibirá 100% de la suma principal.
- El hijo dependiente recibirá 50% de la suma principal.

Puedes adquirir un beneficio de \$1,000, \$1,500 o \$2,000 dólares.

*La hospitalización debe ocurrir o comenzar dentro de los 60 días desde la fecha del accidente. El beneficio es pagadero por una sola vez durante el año póliza, por cada asegurado.*

**Indemnización por hospitalización**

Si el asegurado ha sido recluido como paciente de cama dentro de los 90 días desde el día del accidente pagaremos:

- Al asegurado primario entre \$900 a \$3,800 mensuales
- Al cónyuge o asegurado adicional hasta \$900
- A hijos dependientes hasta \$900

**Convalecencia en el hogar**

- Pagaremos \$15 diarios por convalecencia en el hogar que comienza inmediatamente después de una hospitalización de acuerdo al mismo número de días que estuvo hospitalizado, hasta 30 días o lo que sea menor.
- Pagaremos \$15 diarios hasta por 15 días por convalecencia en el hogar que no es precedida por una reclusión.

**BENEFICIO POR QUEMADURAS, FRACTURAS, DESGARRE DE TENDONES Y LIGAMENTOS, LACERACIONES, MUTILACIONES, DISLOCACIONES O TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE**

En caso de que un asegurado sufra un accidente y requiera tratamiento médico de emergencia pagaremos hasta \$800 al asegurado primario, cónyuge o asegurado adicional y hasta \$400 por hijo dependiente. Este pago será solo por los gastos incurridos y pagados por el asegurado por tratamiento médico de emergencia recibido dentro de 24 horas desde el accidente.

En caso de que un asegurado sufra una pérdida específica mencionada en la tabla de indemnización, pagaremos el monto indicado en la tabla:

	PRIMARIO, CÓNYUGE, ASEGURADO ADICIONAL	HIJO DEPENDIENTE
<b>QUEMADURAS</b>		
De segundo grado que cubran más del 10% hasta el 34% de la superficie del cuerpo	\$1,200	\$600
De segundo grado que cubran más del 34% hasta el 50% de la superficie del cuerpo	\$1,500	\$750
De tercer grado que cubran más del 50% de la superficie del cuerpo	\$2,200	\$1,100
<b>FRACTURAS</b>		
Cadera	\$1,800	\$900
Pelvis	\$1,200	\$600
Pierna	\$1,000	\$500
Cráneo (desplazado o deprimido)	\$1,300	\$650
Vértebra	\$1,100	\$550
Omoplato, esternón, mandíbula, brazo y antebrazo	\$900	\$450
Mano (excluyendo dedos), muñeca, codo, pie (excluyendo dedos y talón), tobillo, rótula, cara (excluyendo nariz)	\$800	\$400
Costilla, coxis, nariz, dedo de mano o pie, talón	\$150	\$75

	PRIMARIO, CÓNYUGE, ASEGURADO ADICIONAL	HIJO DEPENDIENTE
<b>LACERACIONES QUE REQUIEREN SUTURA</b>		
Laceración cuyo tamaño es de 2 pulgadas	\$100	\$50
Laceración cuyo tamaño se encuentra entre 2 hasta 6 pulgadas	\$300	\$150
Laceración cuyo tamaño es mayor de 6 pulgadas	\$500	\$250
<b>MUTILACIONES</b>		
Pérdida completa de un dedo de la mano desde la falange proximal o pérdida completa de un dedo del pie desde el segundo falange	\$300	\$150
Pérdida completa de dos o más dedos de la mano desde la falange proximal o pérdida completa de dos o más dedos del pie desde el segundo falange	\$600	\$300
Pérdida parcial de un dedo de la mano desde la falange intermedia o pérdida parcial de un dedo del pie desde la tercera falange	\$150	\$75
Pérdida parcial de dos o más dedos de la mano desde la falange intermedia o pérdida parcial de dos o más dedos del pie desde la tercera falange	\$250	\$125
<b>DISLOCACIONES</b>		
Cadera	\$1,500	\$750
Rodilla	\$800	\$400
Clavícula, esternón	\$800	\$400
Mandíbula	\$300	\$150
Muñeca o codo	\$400	\$200
Dedo del pie o mano	\$200	\$100
Hombro	\$600	\$300
Tobillo o pie (excluyendo los dedos)	\$400	\$200
Mano (excluyendo los dedos)	\$400	\$200
<b>DESGARRES</b>		
Reparación de un tendón o ligamento	\$300	\$150
Reparación de más de un tendón o ligamento	\$600	\$300
<b>AMBULANCIA \$50.00</b>		
<b>EQUIPO DE AYUDA \$75.00</b>		
<b>VISITAS DE SEGUIMIENTO \$25.00 (MÁXIMO 3)</b>		

Pagaremos hasta \$3,200 por año póliza.

### TRATAMIENTO Y SERVICIO MÉDICO – HOSPITALARIO POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Pagaremos el monto indicado de indemnización al asegurado al recibo de prueba de que se realizó un trasplante de órgano de acuerdo a lo siguiente:

TRASPLANTE	INDEMNIZACIÓN
Corazón	\$75,000
Córnea	\$1,000
Pulmón (sencillo)	\$40,000
Pulmón (doble)	\$60,000
Hígado	\$50,000
Intestino	\$100,000
Médula ósea (autólogo)	\$30,000
Médula ósea (allogénico)	\$65,000
Páncreas	\$25,000
Riñón	\$25,000

Si se trata de un trasplante multivisceral, pagaremos la indemnización correspondiente al trasplante del órgano por el cual se paga la indemnización mayor.

Si tiene gastos en exceso del beneficio de indemnización, pagaremos el 100% de esos gastos incurridos al asegurado hasta \$175,000 por cualquier trasplante cubierto o hasta \$500,000, por todos los trasplantes de los diferentes órganos durante la vida del asegurado, sujeto a lo siguiente:

BENEFICIOS	REEMBOLSO HASTA:
Adquisición de órgano y tejido (donante fallecido)	\$10,000
Adquisición de órgano y tejido (donante vivo)	\$25,000
Cultivo médula ósea	\$10,000
Transportación, hospedaje y comidas	\$200 diarios sin exceder \$10,000
Gastos de habitación en el hospital y otros servicios y materiales	\$1,500 diario
Enfermera privada	\$10,000 durante el período de trasplante
Otros gastos incurridos no mencionados pero relacionados al trasplante cubierto	100%

### RECLUSIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Pagaremos el beneficio diario seleccionado, sin exceder 15 días por período de reclusión hasta un máximo de 60 días por vida del asegurado.

BENEFICIO DIARIO	BENEFICIO MÁXIMO POR VIDA DEL ASEGURADO
\$250	\$15,000
\$350	\$21,000
\$500	\$30,000
\$650	\$39,000

### HOSPITALIZACIÓN Y CONVALECENCIA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD

#### Reclusión en hospital

Pagaremos un beneficio diario sin exceder 365 días por período de reclusión.

UNIDAD POR CADA \$25	PRIMARIO, CÓNYUGE, ADICIONAL	HIJO DEPENDIENTE
1	\$25	\$12.50
2	\$50	\$25.00
3	\$75	\$37.50
4	\$100	\$50.00

#### Convalecencia en el hogar

Pagaremos el 50% del beneficio diario al asegurado por convalecencia en el hogar que comienza inmediatamente después de una hospitalización, de acuerdo al número de días que estuvo hospitalizado, hasta 30 días o lo que sea menor.

#### Embarazo, parto, complicaciones

Se pagará el beneficio diario de hospitalización si el embarazo comienza luego de la fecha de efectividad del suplemento.

### INCAPACIDAD FÍSICA TOTAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD PARA EL ASEGURADO PRIMARIO SOLAMENTE

Incapacidad física total significa que el asegurado primario, debido a una lesión o enfermedad, no puede desempeñar ninguno de los deberes de su ocupación regular. Pagaremos un beneficio mensual luego del período de eliminación de \$250 hasta \$1,000. El pago del beneficio terminará cuando termine la incapacidad hasta 12 meses después del período de eliminación.

BENEFICIO MENSUAL
\$250
\$500
\$600
\$700
\$800
\$900
\$1,000

Período de eliminación es de 14 días consecutivos, contados a partir del día en que comenzó la incapacidad, durante el cual el asegurado está totalmente incapacitado y por el cual no se pagan beneficios.

### PRIMER DIAGNÓSTICO DE ATAQUE AL CORAZÓN Y PRIMERA CIRUGÍA MAYOR DE CORAZÓN

Pagaremos de \$1,000 en adelante según el asegurado seleccione y pague la prima correspondiente.

En caso de una primera cirugía mayor del corazón, sin haber sufrido un ataque de corazón previo, el beneficio es de 20%. El restante 80% se pagará al sufrir un ataque al corazón.

Período de espera 60 días. Los beneficios del suplemento no se pagarán por condiciones preexistentes.

# PROTECT

## PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Fecha: \_\_\_\_\_

Asegurado primario propuesto: \_\_\_\_\_

Tu estimado de seguro incluye los siguientes beneficios:

	INDIVIDUAL	PAREJA	MONOPARENTAL	FAMILIAR
Póliza Protect Cáncer y Enfermedades Temidas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>SUPLEMENTOS OPCIONALES</b>				
• Aumento de beneficio por unidades	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Muerte accidental, desmembramiento, hospitalización y convalecencia por accidente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Hospitalización y convalecencia por enfermedad	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Reclusión en unidad de cuidado intensivo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Indemnización por incapacidad física total	<input type="checkbox"/> _____			
• Tratamiento médico de emergencia por accidente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Primer diagnóstico de cáncer*	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Primer diagnóstico de ataque de corazón y primera cirugía mayor de corazón*	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Pago único de tratamiento de radioterapia, quimioterapia y terapia experimental*	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
• Hospitalización por 24 horas debido a accidente (\$1,000/\$1,500/\$2,000)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

PRIMA TOTAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\*Pagaremos el monto seleccionado por el asegurado.  
Este documento es para propósitos de cotización, no representa una solicitud o contrato.

 **TRIPLE-S VIDA**

**Carmen A. Ruiz**  
**(787) 525-7761**

Consulta con tu representante autorizado de seguros  
o llama al 787-758-4888.

 **TRIPLE-S VIDA**

**sssvida.com**

Este folleto no es un contrato de seguro. Los detalles específicos incluyendo condiciones, limitaciones y exclusiones que aplican a este seguro están expuestos en la póliza. MKT-0720-81