CÓMO FUNCIONA

Si usted falleciera por cualquier causa, natural o accidental, durante el plazo del contrato, sus seres queridos recibirán el monto de cobertura que usted seleccione, libre de impuestos.

Incluido en esta póliza sin costo adicional:

BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD TERMINAL

Si desarrolla una enfermedad terminal y el médico determina que tiene una expectativa de vida de 24 meses o menos, puede acceder a una parte de su beneficio por fallecimiento mientras aún está con vida. Esto puede ayudar con facturas, costos de cuidado a largo plazo o tratamientos médicos que su seguro de salud no cubra.

ENFERMEDAD CRÓNICA

Si no puede realizar 2 de las 6 Actividades de la Vida Diaria (ADL) durante 90 días consecutivos, según lo certifique su médico, o necesita supervisión considerable para protegerse de riesgos para su salud y seguridad debido a un deterioro cognitivo grave, puede acceder a una parte de su beneficio por fallecimiento mientras aún está con vida. Las actividades de la vida diaria incluyen bañarse, comer, caminar, vestirse, etc.

BENEFICIO ADICIONAL POR ENFERMEDAD CRÍTICA, LESIÓN CRÍTICA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Este beneficio adicional le permite acceder a una parte de su beneficio por fallecimiento mientras aún está con vida si un médico ha certificado que, durante los últimos 12 meses, ha presentado una o más de las siguientes condiciones: ELA (enfermedad de Lou Gehrig), cirugía de injerto de aorta, anemia aplásica, ceguera, cáncer (cáncer invasivo en CA), fibrosis quística, insuficiencia renal terminal, ataque cardíaco, reemplazo de válvula cardíaca, trasplante de órgano mayor, enfermedad de la neurona motora, accidente cerebrovascular, paro cardíaco súbito, coma, parálisis, quemaduras graves, lesión cerebral traumática, enfermedad de Alzheimer o demencia con cuerpos de Lewy.

Nombre del asegurado		*Monto de cobertura*	
N.º de póliza		*Prima mensual*	
Beneficiario		*Fecha de envío*	
Beneficiario		*Fecha de vigencia*	
Tipo de plan	Plazo: 10 años 15 años 20 años 30 años	*Fecha de débito mensual*	

Agent Name: License#

Phone# Email: