

Certificado de Inscripción

PLAN DE AETNA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
FECHA DE VIGENCIA: 1 DE MAYO DE 2010

**AETNA
GLOBAL
BENEFITS®**

CONTENIDOS

Definiciones	2
Beneficios	5
Exclusiones	8
Límites de la Cobertura	10
Plan de Límites y Máximos	11
Condiciones Generales	16
Procedimiento de Reclamos	18

Este **Certificado de Inscripción** (“Certificado”) ha sido emitido para **Usted** como prueba de la aceptación de **Su Solicitud de Inscripción** en el Plan de Aetna para América Latina y el Caribe. Dicho plan está establecido en una **Póliza** de seguro de salud de grupo (“**Póliza**”) suministrada a Butterfield Trust (Bermuda) Limited en carácter de agente del fideicomiso de Aetna Global Benefits, con domicilio en las Bermudas, cuya fecha de vigencia es el 1° de mayo de 2010. Este Certificado, que resume los **Beneficios**, las limitaciones, las exclusiones y demás términos y condiciones de la **Póliza**, no constituye una **Póliza** de seguro.

Introducción

Usted y cualquiera de **Sus Personas Elegibles**, para quienes se ha efectuado el pago de las primas correspondientes, son elegibles para recibir cobertura conforme al plan. Entonces, a partir del cumplimiento de todas las condiciones de elegibilidad pertinentes y de la presentación y aprobación de una **Solicitud de Inscripción**, serán consideradas **Personas Inscritas**, tendrán derecho a gozar de los **Beneficios** estipulados en la **Póliza** y estarán sujetas a todas las limitaciones y exclusiones establecidas en dicha **Póliza**. La **Compañía de Seguros** de Su plan es Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., que es la única responsable del pago de todos los **Beneficios** cubiertos. El plan es gestionado y administrado por Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits y por las personas y compañías a quienes Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits les ha delegado responsabilidades administrativas. En este Certificado, los términos **Nosotros, Nos y Nuestro(s)/a(s)** hacen referencia a Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits, que actúa en nombre de Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., la **Compañía de Seguros** de Su plan, de aquí en adelante denominada “**Compañía de Seguros**”.

La cobertura está sujeta a los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones que se establecen en la **Póliza**. En su carácter de Certificado, el presente documento describe las estipulaciones de la **Póliza**, pero no constituye la **Póliza** en sí ni tampoco la reemplaza. En caso de conflicto entre las estipulaciones de la **Póliza** y este Certificado, prevalecerán las estipulaciones de la **Póliza**. Cuando **Usted** lo solicite, se le entregará una copia de la **Póliza**. Tenga en cuenta que la primera vez que pida una copia, la recibirá sin cargo alguno. Pero en los pedidos sucesivos, deberá abonar una tarifa por cada copia que se le brinde. También puede consultar una copia de la **Póliza** en la oficina principal de Butterfield Trust (Bermuda) Limited en Hamilton, Bermudas, durante las horas laborables normales.

Este Certificado reemplaza y sustituye cualquier certificado, términos y condiciones de cobertura, o cualquier instrumento de cobertura que **Usted** haya recibido previamente. A su vez, este Certificado será sustituido por cualquier certificado subsiguiente que se emita para **Usted**.

Cómo utilizar este Certificado

El presente Certificado debe leerse y releerse en su totalidad, ya que gran parte de las estipulaciones presentes están relacionadas entre sí. Por lo tanto, leer solamente una o dos estipulaciones puede generar interpretaciones erróneas.

Muchas palabras utilizadas en este Certificado tienen un significado especial. Estas palabras aparecen escritas con mayúscula inicial y están definidas para una mejor comprensión. Al consultar estas definiciones, **Usted** podrá comprender más claramente el presente Certificado.

Es posible que esta **Póliza** y que este Certificado sufran modificaciones periódicamente. En ese caso, recibirá un nuevo Certificado o sus correspondientes páginas de enmienda. Es importante que conserve **Su** Certificado en un lugar seguro para futuras consultas.

Administración

La **Compañía de Seguros** ha delegado a Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits la gestión y administración de la **Póliza** con respecto al cobro de las primas y al manejo de los reclamos. Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits puede, a su vez, delegar todas o parte de sus responsabilidades administrativas a cualquier tercero especificado por Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits, con excepción de la autoridad para asegurar o decidir si la totalidad de un reclamo o parte de este recibe cobertura, y el monto pagadero para los reclamos cubiertos. Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits tendrá la autoridad para decidir si un reclamo se cubre total o parcialmente, y el monto pagadero para un reclamo cubierto. Esta entidad ejercerá dicha autoridad en las Bermudas. Los reclamos, sin embargo, deben presentarse ante la entidad y en el lugar que se especifican en este Certificado o en cualquier documento anexo a este Certificado.

DEFINICIONES

Con el fin de ayudarlo a comprender este Certificado, las siguientes palabras y frases utilizadas a lo largo de todo el documento tienen significados específicos, que se explican en esta sección. Para simplificar la identificación de las palabras y frases definidas, se han resaltado en letra negra en todas las instancias en las que aparecen en este Certificado.

Accidente:

Un incidente externo inesperado, imprevisto e involuntario, que tiene como resultado una lesión y que ocurre mientras este Certificado está vigente.

Acto de Terrorismo:

Un acto que incluye pero no se limita al uso de fuerza, violencia o amenazas, de parte de una persona o grupos de personas, ya sea que actúen individualmente o en nombre de organizaciones o gobiernos, o en relación con estos. Dicho acto es perpetrado por motivos políticos, religiosos, ideológicos o de carácter similar, entre los que se incluyen la intención de influir sobre algún gobierno o de infundir miedo en el público o en cierto sector de este.

Agudo/a:

Define una **Condición Médica** de breve duración, que tiene una conclusión definida y que, por **Asesoramiento Médico**, hemos establecido que responde a un **Tratamiento** y puede ser curada por este.

Anomalía Congénita:

Desarrollo intrauterino anormal que afecta la forma, la composición o la ubicación de un órgano o de una estructura corporal.

Asesoramiento:

Incluye toda consulta realizada a un **Médico** o **Médico Especialista**, por ejemplo, la prescripción de **Medicamentos y Vendajes** o recetas repetidas.

Asesoramiento Médico:

Recomendaciones del cuerpo profesional pertinente referidas a las prácticas médicas establecidas o a las opiniones médicas establecidas respecto de cualquier **Condición Médica** o **Tratamiento**.

Atención en Hospicio:

Tratamiento Paliativo y atención de apoyo que se brinda a pacientes que, conforme al diagnóstico de un **Médico** o **Médico Especialista**, padecen una **Enfermedad Terminal**.

Atención Médica Domiciliaria:

Tratamiento que se realiza en el domicilio particular de la **Persona Inscrita**.

Beneficios:

La cobertura de seguro que brinda esta **Póliza**, y todas las extensiones o restricciones que se especifican en el **Plan de Cobertura** o en cualquiera de sus endosos (según corresponda).

Cargos Razonables y Acostumbrados:

Los montos promedio que se cobran en cuanto a costos de servicios o **Tratamientos** válidos, conforme a lo determinado por **Nuestra** experiencia en un país, un área o una región en particular y a lo justificado por un tercero independiente, por ejemplo, un **Médico**, un **Médico Especialista** o el Departamento de Salud gubernamental del lugar.

Centro de Convalecencia:

Una institución con licencia para brindar atención las 24 horas del día a cargo de **Enfermeras Calificadas**, supervisadas en todo momento por un **Médico**, y servicios de recuperación física para ayudar a los pacientes a lograr su cuidado personal durante las actividades cotidianas. Debe pagarse una tarifa para recibir atención en estas instituciones. Esto no se extiende para incluir a ninguna institución que ofrezca atención a largo plazo para los ancianos, cuidado de custodia ni atención educativa, ni asistencia a personas con trastornos mentales.

Centro Médico:

Un **Hospital**, **Hospicio** o **Centro de Convalecencia** que:

- Brinda atención de enfermería las 24 horas a cargo de **Enfermeras Calificadas**.
- Cuenta con la supervisión continua de un **Médico**.
- Garantiza que por lo menos un **Médico** estará de guardia en todo momento.
- Lleva un registro médico completo de cada paciente.
- Dispone de un administrador de tiempo completo.
- Cumple con todos los estándares de habilitación o de certificación propios del país en el que está situado.
- Es un establecimiento que cobra una tarifa por la utilización de sus servicios.

Certificado de Inscripción:

El presente documento y **Su Plan de Cobertura**, preparados a partir de **Su Solicitud de Inscripción**.

Compañía de Seguros:

Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Condición Médica:

Cualquier lesión, enfermedad o trastorno, incluidas las enfermedades psiquiátricas.

Condición Relacionada:

Una **Condición Médica** es una **Condición Relacionada** si **Nosotros**, por **Asesoramiento Médico**, determinamos que una es el resultado directo de otra o si cada una es resultado del mismo trastorno, o de la misma lesión o enfermedad.

Convalecencia:

Terapia física, ocupacional o del habla, orientación vocacional, ejercicios y **Asesoramiento** para la vida independiente, reincorporación al mercado laboral, actividades educativas y otros servicios brindados a una **Persona Inscrita** después de una **Condición Médica** elegible, a fin de ayudarla, en la medida que sea razonablemente posible, a readaptarse a la vida en comunidad o devolverle el estado de salud del cual gozaba antes de que dicha **Condición Médica** ocurriera.

Coseguro:

El porcentaje del valor total de los gastos realizados respecto de cada **Condición Médica** por **Período de Cobertura**. La **Persona Inscrita** es responsable del pago de dicho porcentaje.

Crónico/a:

Define una **Condición Médica** o **Condición Relacionada** que dura un tiempo prolongado y que no tiene una conclusión definida, o una enfermedad respecto de la cual **Nosotros**, por **Asesoramiento Médico**, hemos establecido que no responde a un **Tratamiento** o no puede curarse mediante un **Tratamiento**.

Deducible:

El monto que debe pagar una **Persona Inscrita** respecto de los gastos realizados para recibir **Tratamiento** antes del pago de cualquier **Beneficio**, conforme a este Certificado, por cada **Período de Cobertura**.

Dispositivos:

Aparatos y equipos que se utilizan como parte integral de un procedimiento quirúrgico y están bajo el control de un **Médico** o **Médico Especialista**.

Emergencia:

Una condición o enfermedad repentina, seria, inesperada e imprevista que causa síntomas graves, requiere atención médica inmediata y constituye un peligro para la vida, la salud o el bienestar físico de una persona.

Enfermedad Terminal:

Enfermedad cuyo pronóstico médico es de seis meses de vida o menos.

Enfermera Calificada:

Una enfermera residente o enfermera diaria con las debidas calificaciones y certificaciones, cuyo nombre forma parte de un registro o listado de enfermeras, avalado por un organismo de registro reglamentario propio del país en el que reside.

Evacuación:

Traslado de una **Persona Inscrita** desde el lugar del incidente hasta el **Centro Médico** correspondiente más cercano, según lo que determine el **Médico** tratante junto con **Nuestros** asesores médicos, en caso de **Emergencia**. Se cubrirán todos los gastos que surjan y todos los pasajes aéreos suministrados serán en clase económica.

Fecha de Ingreso:

La fecha que se muestra en el **Plan de Cobertura** y en la cual la **Persona Inscrita** queda incluida, por primera vez, en el presente Certificado.

Fecha de Inicio:

La fecha que figura en el **Plan de Cobertura** y que determina el momento en que se inicia la cobertura de esta **Póliza**. A los efectos de esta **Póliza**, la cobertura se inicia a las 00:01 a.m. de la fecha especificada en el **Plan de Cobertura**.

Fecha de Renovación:

El aniversario anual de la **Fecha de Inicio**.

Fisioterapeuta:

Una persona que está registrada como **Fisioterapeuta** y cuenta con licencia o certificación para ejercer su profesión en el país donde se brinda el **Tratamiento**.

Habitación y Comida:

Cargos que cobra un **Centro Médico** por proveer alojamiento y otros servicios necesarios, conforme a la tarifa diaria o semanal de una habitación privada estándar.

Hereditario/a:

Transmitido de padres a hijos, heredado y que manifiesta síntomas al nacer.

Hospicio:

Un **Centro Médico** que brinda **Atención en Hospicio** a **Pacientes Internados** que padecen una **Enfermedad Terminal**.

Hospital:

Una institución legalmente autorizada para funcionar como centro médico o quirúrgico, conforme a las leyes del país en el que se encuentra.

Lesión Física:

Lesión causada exclusivamente por un **Accidente** y que provoca que la **Persona Inscrita** tenga un desmembramiento, una incapacidad u otra lesión física externa.

Medicamento Necesario:

Un servicio médico o **Tratamiento** que, conforme a la opinión de un **Médico** calificado, es adecuado y coherente con el diagnóstico, y que, según los estándares médicos generalmente aceptados, no podía haberse omitido sin afectar negativamente la condición de la **Persona Inscrita** ni la calidad de la atención médica brindada.

Medicamentos y Vendajes:

Medicamentos, medicinas y vendajes recetados por un **Médico** o un **Médico Especialista**.

Médico:

Una persona que ha obtenido un título profesional en medicina o cirugía tras haber estudiado en un centro de formación médica reconocido por la Organización Mundial de la Salud, y que cuenta con la debida licencia, otorgada por la autoridad pertinente, para ejercer la medicina en el país donde se brinda el **Tratamiento**.

Médico Especialista:

Un **Médico** registrado que:

- Ofrece citas de consulta sustanciales en cuanto a la especialidad a la que se dedica en un determinado **Centro Médico**.
- Ofrece citas de consulta sustanciales que **Nosotros**, por **Asesoramiento Médico** o profesional, aceptamos que tienen un valor profesional equivalente.
- Es reconocido como tal por los organismos legales del país pertinente.

Médico Psiquiatra:

Un **Médico** que se especializa en psiquiatría o que posee la capacitación y la experiencia reconocidas en el país donde reside, para realizar la evaluación correspondiente y suministrar el **Tratamiento** necesario para una enfermedad psiquiátrica.

Nosotros/Nos/Nuestro(s)/Nuestra(s):

Hacen referencia a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd, que opera comercialmente como Aetna Global Benefits.

Odontólogo:

Una persona con licencia, emitida por las autoridades pertinentes, para realizar prácticas odontológicas en el país donde se recibe el **Tratamiento** dental.

Paciente de Día:

Paciente que, para recibir **Tratamiento** en un **Centro Médico** determinado, ocupa una cama, pero no se queda durante la noche.

Paciente Internado:

Una **Persona Inscrita** admitida en un **Centro Médico** para ocupar una cama durante una noche o más, exclusivamente para recibir **Tratamiento**.

País de Origen:

A los efectos de esta **Póliza**, este será el país que emitió el pasaporte de las **Personas Inscritas**.

País de Residencia:

El país en donde la **Persona Inscrita** reside habitualmente (durante un tiempo no inferior a los seis meses por **Período de Cobertura**) en el momento en que este **Certificado de Inscripción** se emite por primera vez o en cada una de sus **Fechas de Renovación** subsiguientes.

Período de Cobertura:

El **Período de Cobertura** especificado en el **Plan de Cobertura**. Este será un período de doce meses que comenzará a partir de la **Fecha de Inicio** o cualquier **Fecha de Renovación** subsiguiente.

Persona Elegible:

Una persona que cumple con los requisitos para la inscripción. Una **Persona Elegible** puede ser **Su** cónyuge o pareja adulta, **Sus** hijos solteros de hasta 18 años que viven con **Usted**, o **Sus** hijos solteros de hasta 23 años si son estudiantes de tiempo completo en la **Fecha de Ingreso** o en cualquier **Fecha de Renovación** subsiguiente. Los jóvenes menores de 18 años que no vivan con **Usted** serán aceptados en la cobertura a condición de que el padre, la madre o el tutor legal firme la solicitud. (El término "pareja" hace referencia al esposo, a la esposa o a la persona, del mismo sexo o del sexo opuesto, que vive con **Usted** de manera permanente en una relación similar). Todas las **Personas Elegibles** se denominarán **Personas Inscritas** en el **Plan de Cobertura**.

Persona Inscrita:

Usted y las **Personas Elegibles** que se identifican en el **Plan de Cobertura** como "**Personas Inscritas**".

Plan de Cobertura:

El plan que brinda información detallada de las **Personas Inscritas** elegibles para recibir cobertura, los **Beneficios** aplicables y toda extensión o restricción, o todo endoso aplicable.

Póliza:

El contrato de seguro que Nosotros hemos celebrado con **Usted**, para brindarle cobertura conforme a lo definido en el presente **Certificado de Inscripción**. El formulario de solicitud y el formulario del **Plan de Cobertura** forman parte de este contrato y deben leerse junto con esta **Póliza**.

Prótesis:

Una parte artificial del cuerpo. Conforme a esta **Póliza**, las prótesis se limitan a una extremidad o a un ojo artificial.

Proveedor de Atención Médica Domiciliaria:

Persona dedicada al cuidado de la salud, debidamente capacitada y calificada para cumplir con las reglamentaciones pertinentes dentro del país en el que se brinda el **Tratamiento**, y que presta atención de enfermería básica. En los Estados Unidos, estas personas deben ser enfermeras prácticas con licencia (L.P.N.) o enfermeras registradas (R.N.).

Proveedor de Atención Preferida:

Un proveedor de atención de salud que ha firmado un contrato para la prestación de servicios por un cargo preestablecido y que forma parte de **Nuestro** directorio de **Centros Médicos** bajo la denominación de **Proveedores de Atención Preferida**. **Usted** tiene derecho a solicitarnos una lista de los **Proveedores de Atención Preferida**.

Solicitud de Inscripción:

El formulario que **Usted** completó, firmó y luego nos envió para que **Nosotros** consideremos y aprobemos **Su** inscripción y la de las demás **Personas Elegibles** mencionadas en la **Solicitud de Inscripción**.

Tratamiento:

Procedimiento médico, quirúrgico o de otra clase, cuyo propósito exclusivo es la cura o el alivio de una **Condición Médica**.

Tratamiento Paliativo:

Todo **Tratamiento** que, por **Asesoramiento Médico**, se utiliza para ofrecer un alivio temporal de los síntomas y no para curar la **Condición Médica** que los provoca.

Tratamiento para Pacientes Ambulatorios:

Tratamiento de una **Persona Inscrita** brindado por un **Médico** o **Médico Especialista**, pero en el cual la **Persona Inscrita** no necesita ser internada en un **Centro Médico**.

Usted/Su(s)/Suyo(s)/Suya(s):

Hace referencia a la persona identificada en el **Plan de Cobertura** como la **Persona Inscrita** que solicita inscripción en la **Póliza**.

BENEFICIOS

La **Compañía de Seguros** ofrecerá cobertura dentro de los términos de la **Póliza**, con respecto a una **Condición Médica** (incluidas las que son resultado de un **Accidente**) que se manifiesta por primera vez durante el **Período de Cobertura**.

La **Póliza** contempla el seguro de gastos médicos únicamente y no asegura una enfermedad o lesión en sí misma. No se realizan pagos de **Beneficios** por gastos médicos antes de la **Fecha de Ingreso**, después de que el **Período de Cobertura** haya finalizado o después de que la cobertura haya terminado, ni siquiera si los gastos se generaron debido a un **Accidente** o una **Condición Médica** que ocurrió, se inició o se desarrolló durante el **Período de Cobertura**.

Los siguientes **Beneficios** cuentan con una cobertura de hasta USD 1,000,000 para las opciones Silver y Gold, y de hasta USD 2,000,000 para la opción Platinum, por **Persona Inscrita** por **Período de Cobertura**. Dicha cobertura está sujeta a límites específicos detallados en cada **Beneficio** y también está sujeta al pago de todos los **Coseguros** y **Deducibles** conforme a lo establecido en la sección titulada **Límites de la Cobertura** en este Certificado o a lo especificado en su **Plan de Cobertura**. Todos los **Beneficios** están sujetos a todos los gastos médicos cubiertos que no excedan los **Cargos Razonables y Acostumbrados**.

1. Honorarios de Médicos y Médicos Especialistas:

- a) Honorarios de **Médicos** y de **Médicos Especialistas**, incluidas las consultas.
- b) Procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, incluyen servicios de patología, radiografías, resonancia magnética (MRI) y tomografía computarizada (CT).
- c) Honorarios del anestesista.
- d) **Tratamiento de Fisioterapia** con la remisión de un **Médico Especialista** a un **Fisioterapeuta**. Para solicitar dicho **Tratamiento**, debe presentarse una carta de remisión del **Médico Especialista** junto con el primer reclamo. Los **Beneficios** se limitarán a 10 sesiones sin el correspondiente informe por escrito. Una vez finalizado este tiempo, se debe presentar ante **Nosotros** un informe por escrito, para que lo evalúe el **Médico Especialista** y permita la continuidad del **Tratamiento**. Los **Beneficios** de los tratamientos que superan las 10 sesiones se otorgarán según **Nuestro** absoluto criterio.
- e) **Tratamiento** brindado por quiroprácticos, osteópatas, homeópatas y acupunturistas registrados, bajo supervisión de un **Médico Especialista** y posterior a la remisión hecha por este profesional. Este **Tratamiento** se limita a 10 sesiones en total por **Condición Médica**. Para solicitar dicho **Tratamiento**, debe presentarse una carta de remisión del **Médico Especialista** junto con el primer reclamo.

2. Cargos de los Centros Médicos y por Atención Médica Domiciliaria:

- a) Cargos del **Hospital**:
 - i) Costo del quirófano y otros gastos realizados para el **Tratamiento** de una **Condición Médica**.
 - ii) Costos de **Habitación y Comida**, limitados a la tarifa de una habitación privada estándar y los cargos asociados. Se incluyen la admisión en una unidad de cuidados intensivos y los gastos por el servicio de enfermería prestado por una **Enfermera Calificada**.
 - iii) Cargos por servicios y suministros aplicables conforme a lo establecido anteriormente en los apartados 2(a)(i) y (ii) en relación con el **Tratamiento de Pacientes de Día** y de **Pacientes Ambulatorios**.

b) Cargos del Centro de Convalecencia:

La admisión en un **Centro de Convalecencia** debe ser posterior al **Tratamiento** de una **Condición Médica** por la que la **Persona Inscrita** debió ser hospitalizada durante un mínimo de tres días consecutivos, y por la cual el **Médico** confirma por escrito que la **Convalecencia** es necesaria. La admisión en un **Centro de Convalecencia** debe realizarse dentro de los 14 días siguientes a la fecha del alta del **Hospital**.

Dicho **Tratamiento** cubre lo siguiente:

- i) El uso de salas especiales de **Tratamiento**.
- ii) Las tarifas correspondientes a la terapia física, ocupacional y del habla.
- iii) Otros servicios que suelen prestar los **Centros de Convalecencia** y que incluyen la atención de una **Enfermera Calificada**, pero no abarcan los servicios privados de enfermería o de **Enfermería Especializada** ni aquellos prestados por **Médicos Especialistas**. El **Beneficio** se limita a 30 días para cada **Condición Médica** o **Condición Relacionada**.

c) Cargos por Atención Médica Domiciliaria:

Tratamiento que se realiza en el domicilio particular de la **Persona Inscrita**. Dicho **Tratamiento** cubrirá lo siguiente:

- i) Atención intermitente o de tiempo parcial brindada por una **Enfermera Calificada**.
- ii) Servicios intermitentes o de tiempo parcial suministrados por un **Proveedor de Atención Médica Domiciliaria**.
- iii) Servicios de laboratorio.

Los **Beneficios** de **Atención Médica Domiciliaria** se limitan a 30 visitas. Cada visita realizada por una **Enfermera Calificada** o por un **Proveedor de Atención Médica Domiciliaria** de hasta cuatro horas de duración se considera una visita. Cada visita de más de cuatro horas de duración se clasificará como dos o más visitas, ya que se considera que cada visita consta de cuatro horas de servicio prestado. Todo **Tratamiento** incluido en el presente **Beneficio** está condicionado a **Nuestra** precertificación. En caso de que algún **Tratamiento** no cuente con **Nuestro** previo consentimiento por escrito, la **Compañía de Seguros** no será responsable del pago de ningún **Beneficio**.

d) Cargos generales aplicables a todos los Centros Médicos:

- i) Costos de **Habitación y Comida**, limitados a una tarifa de habitación privada estándar y cargos asociados.
- ii) **Medicamentos y Vendajes**
- iii) Radiografías de diagnóstico y estudios de laboratorio
- iv) Anestesia
- v) Terapia de oxígeno y otras terapias gaseosas

3. Medicamentos y Vendajes:

Se limitan a USD 2,000 (opción Gold) y a USD 3,000 (opción Platinum) por **Persona Inscrita** por **Período de Cobertura**, para todos los **Medicamentos y Vendajes** recetados durante un **Tratamiento para Pacientes Ambulatorios**.

(Nota: Esta limitación no se aplica a los **Beneficios** relacionados con el SIDA, enumerados en el apartado 6).

4. Cirugía Reconstructiva:

Cirugía reconstructiva posterior a un **Accidente** o a una cirugía por una **Condición Médica** elegible, siempre que dicha cirugía se realice en una etapa médicamente adecuada después del **Accidente** o de la cirugía. En todos los casos, la cirugía debe llevarse a cabo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que ocurrió el **Accidente** o de aquella en la que se manifestó la **Condición Médica**, y está sujeta a la cobertura de la **Póliza** vigente durante dicho período.

5. Enfermedad Psiquiátrica:

- i) **Tratamiento para Pacientes Ambulatorios**, incluidas las consultas a **Médicos Psiquiatras** y a **Médicos Especialistas**.
- ii) **Tratamiento para Pacientes Internados** en una unidad psiquiátrica reconocida de un **Hospital**, limitado a 28 días por **Período de Cobertura**.

Todo **Tratamiento** incluido en el presente **Beneficio** está condicionado a **Nuestra** precertificación y debe realizarse bajo la supervisión directa de un **Médico Psiquiatra** registrado en todo momento. En caso de que dicho **Tratamiento** no cuente con **Nuestra** previa confirmación por escrito, la **Compañía de Seguros** no será responsable del pago de ningún **Beneficio**. Sin embargo, la consulta inicial con un **Médico** (no un **Médico Psiquiatra**), quien determina la remisión a un psiquiatra, está incluida en los servicios de cobertura sin necesidad de precertificación.

6. SIDA:

Gastos médicos que son originados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedades relacionadas, o gastos que guardan alguna relación con estas enfermedades, entre las que se incluyen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo asociado al SIDA (ARC) o mutaciones o variaciones derivadas de estas enfermedades. Los gastos se limitan a aquellos realizados por consultas previas y posteriores al diagnóstico, chequeos de rutina para el tratamiento de la condición, **Medicamentos y Vendajes** (excepto los que están en etapa experimental o no han sido probados), **Habitación y Comida**, y servicios de **Enfermeras Calificadas**. El **Beneficio** que se brinda con respecto al SIDA no es por una **Condición Médica Aguda** y se ofrece pura y exclusivamente como una extensión de la cobertura solo en relación con el SIDA.

Se limita a USD 40,000 de por vida para la **Persona Inscrita** y está sujeto a la cobertura de la **Póliza** vigente durante dicho período.

7. Lesión Accidental en los Dientes:

Tratamiento que se recibe en la sala de **Emergencias** de un **Hospital** dentro de los siete días de ocurrida una lesión accidental en dientes sanos y naturales, que estaban firmemente unidos a la mandíbula en el momento de la lesión. Dicho **Tratamiento** debe ser realizado por un **Médico** o un **Odontólogo**.

La cobertura se limita a lo siguiente:

- i) La primera dentadura postiza o puente fijo para reemplazar dientes perdidos.
- ii) La primera corona para reparar los dientes dañados.

8. Condiciones Crónicas:

La cobertura conforme a este Certificado se extiende para incluir el manejo de rutina propio del tratamiento de una **Condición Médica Crónica**.

Los gastos se limitan a chequeos de rutina relacionados con la condición **Crónica**, honorarios de **Médicos, Medicamentos y Vendajes** recetados para el control de la condición (limitado a USD 2,000 [opción Gold] y USD 3,000 [opción Platinum] por año en total con el **Beneficio** especificado en el apartado 3), servicio de enfermería, cirugía y **Tratamiento Paliativo**.

La cobertura se restringe a las **Condiciones Médicas** nuevas, que son aquellas que no se han padecido en oportunidades anteriores, diagnosticadas o no, y que se manifiestan después de la **Fecha de Ingreso** especificada en este Certificado.

9. Cobertura por Maternidad:

Costos relacionados con el embarazo y el parto, además de cualquier **Condición Relacionada** que surja después de los primeros 12 meses subsiguientes a la fecha de adquisición de este **Beneficio** o la **Fecha de Ingreso**, lo que sea posterior. Los **Beneficios** se limitan al parto, los chequeos prenatales y posteriores al nacimiento, y los costos propios del parto, incluidos los costos de un parto por cesárea por razones de salud. Todos los costos relacionados con un embarazo o parto que sea resultado de algún método de reproducción asistida estarán limitados a este **Beneficio**. El **Beneficio** se limita a USD 5,000 (opción Gold) y USD 7,500 (opción Platinum) para cada embarazo, o a USD 9,500 (opción Gold) y USD 12,000 (opción Platinum) para los partos por cesárea por razones de salud. Este **Beneficio** está disponible para todas las **Personas Inscritas** de 18 años de edad y mayores. El **Coseguro** aplicable para este **Beneficio** es del 20% cuando la atención se recibe dentro de los Estados Unidos en un centro que no es un **Proveedor de Atención Preferida** y que no está sujeto a los límites máximos de **Coseguro** establecidos en la **Póliza**.

10. Complicaciones del Embarazo:

Tratamiento de una **Condición Médica** que aparece durante las etapas prenatales del embarazo, o una **Condición Médica** que surge durante el parto y requiere un procedimiento obstétrico reconocido (con excepción de los partos por cesárea realizados por razones de salud). Este **Beneficio** no está disponible dentro de los primeros 12 meses a partir de la fecha de adquisición de este **Beneficio** o de la **Fecha de Ingreso**, la que sea posterior.

11. Atención de Recién Nacidos:

Tratamiento para **Pacientes Internados** por una **Condición Médica** que afecta a un bebé recién nacido que está incluido en la cobertura por maternidad. Los síntomas de dicha condición se manifiestan al nacer o se originan a causa del parto. La cobertura se limita a USD 250,000 de por vida por todas y cada una de las condiciones conforme a este **Beneficio**.

12. Alojamiento para Padres:

Habitación y Comida para el acompañante (padre, madre o tutor legal) de una **Persona Inscrita** menor de 18 años que sea admitida en un **Hospital** como **Paciente Internado**.

13. Terapia de Reemplazo Hormonal:

Consultas con un **Médico** o **Médico Especialista** y el costo de implantes, tabletas o parches recetados, cuando el **Tratamiento** se prescribe exclusivamente con la finalidad de restablecer el equilibrio hormonal. Se brinda cobertura para el tratamiento de la menopausia femenina que se ha inducido de manera artificial o que ha tenido una manifestación temprana (en este caso, el término "manifestación temprana" se refiere a una menopausia que aparece antes de los 40 años). La cobertura no se extiende

para cubrir el **Tratamiento** de desequilibrios hormonales a causa de la menopausia que se desarrolla de manera natural.

14. Alojamiento para Recién Nacidos:

Costos de estadía en un **Hospital** relacionados con un bebé recién nacido que acompañe a su madre (quien es una **Persona Inscrita**) mientras ella recibe **Tratamiento** como **Paciente Internada** en dicha institución.

15. Transporte de Emergencia:

Los costos del traslado desde y hasta un **Hospital** mediante el método de transporte más adecuado (se incluye el servicio de ambulancia aérea con licencia, pero se excluyen todas las demás formas de transporte aéreo), en caso de producirse una **Emergencia** y cuando el **Médico** o el **Médico Especialista** considere que es **Medicamente Necesario**. Los costos de una ambulancia aérea, que no cuente con **Nuestra** precertificación, se limitan a USD 2,000 por incidente.

16. Evacuación:

Los costos de **Evacuación** de una **Persona Inscrita** hacia el **Centro Médico** correspondiente más cercano para que sea admitida como **Paciente Internado** o **Paciente de Día**, en caso de que el **Tratamiento** de **Emergencia** necesario no esté inmediatamente disponible en el lugar del incidente (se excluyen los costos usuales por maternidad o parto, pero se extiende para incluir el apartado 10 sobre Complicaciones del Embarazo en la sección **Beneficios** de este Certificado). La **Evacuación** está sujeta a **Nuestra** precertificación, emitida antes de efectuarse el traslado, y a las instrucciones certificadas brindadas por el **Médico** o **Médico Especialista** tratante, incluida la confirmación de que el **Tratamiento** requerido no está disponible en el lugar del incidente. Se extiende para cubrir los costos que genera un acompañante que viaja con la **Persona Inscrita**, en caso de ser **Medicamente Necesario**. **Nuestros** asesores médicos decidirán cuál es el método de transporte más adecuado para la **Evacuación** y el **Centro Médico** más apropiado al que se trasladará a la **Persona Inscrita**.

17. Gastos de viaje adicionales después de la Evacuación:

Costos de viaje:

- i) Desde y hasta las citas médicas, cuando se recibe **Tratamiento** como **Paciente de Día**; limitado a USD 25.00 por día.
- ii) Para un acompañante que viaja desde y hasta el **Hospital**, para visitar a la **Persona Inscrita** después de su admisión como **Paciente Internado**; limitado a USD 25.00 por día.
- iii) Hasta USD 50.00 diarios por persona para brindar alojamiento fuera del **Hospital**, únicamente durante los períodos previos y posteriores a la admisión hospitalaria, siempre que la **Persona Inscrita** esté siendo atendida por un **Médico Especialista**. Los pasajes aéreos en clase económica para que la **Persona Inscrita** y alguna otra persona que haya viajado como acompañante puedan regresar al **País de Residencia** de la **Persona Inscrita** o al país donde ocurrió la **Evacuación**. Todos los costos de viaje adicionales incluidos en esta sección se limitan a un total de USD 10,000 por **Evacuación**.

18. Restos Mortales:

En caso de muerte a causa de una **Condición Médica** elegible:

- i) Costos del traslado del cuerpo o de las cenizas de una **Persona Inscrita** a su **País de Origen** o su **País de Residencia**;
- o
- ii) Costos por cremación o entierro en el lugar en el que ocurre el fallecimiento, conforme a las prácticas acostumbradas y razonables. Este **Beneficio** está limitado a USD 10,000 por **Persona Inscrita**.

19. Prótesis Externas:

Los costos de ojos o extremidades artificiales necesarios después del **Tratamiento** de una **Condición Médica** elegible o como resultado de un **Accidente**.

La cobertura está limitada a un **Beneficio** de por vida de USD 5,000 por **Persona Inscrita**.

20. Transplantes de Organos

Límite de **Beneficio** es por \$250,000 por trasplante cubierto
Transplantes cubiertos:

- a) Corazón
- b) Corazón/Pulmón
- c) Pulmón
- d) Riñón
- e) Riñón/Páncreas
- g) Médula ósea alogénica
- h) Autólogo de médula ósea

21. Beneficio de Bienestar:

(Corresponde únicamente a la opción Platinum del plan). Incluye el costo de un chequeo médico anual de rutina (limitado a USD 250 por año de póliza), pruebas relacionadas, y el costo de vacunas e inoculaciones médicamente necesarias.

Los chequeos y las pruebas de rutina incluyen lo siguiente:

- a) Control sanguíneo y de colesterol
- b) Control del peso, de la altura y del índice de masa corporal
- c) Chequeo de la presión arterial en estado de reposo
- d) Análisis de orina
- e) Examen cardíaco
- f) Mamografía bilateral y examen de los senos
- g) Examen testicular, examen de próstata, prueba de antígeno específico prostático (PSA) y examen de tacto rectal (DRE)
- h) Electrocardiograma de esfuerzo (ECG)
- i) Chequeos a bebés sanos, entre los que se incluyen exámenes físicos, mediciones, exámenes sensoriales, evaluaciones neuropsiquiátricas, pruebas del desarrollo, exámenes de detección de trastornos **Hereditarios** y metabólicos al nacer, vacunas, análisis de orina; pruebas de tuberculina, hematocrito, hemoglobina y otros análisis de sangre, incluidas las pruebas para detectar la hemoglobinopatía falciforme. Todas estas prácticas deben estar recomendadas por un **Médico** o **Médico Especialista**. Se limita a un máximo de seis (6) consultas anuales por recién nacido, desde el nacimiento hasta que el hijo dependiente cumple los 2 años de edad.
- j) Exámenes ginecológicos de rutina, incluidas las pruebas de Papanicolaou.
- k) Vacunas, incluidas las que son médicamente necesarias para realizar viajes.

21. Opciones Gold y Platinum del plan únicamente:

Gastos médicos que son originados por el tratamiento de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), o gastos que guardan algún tipo de relación con esta enfermedad. Se incluye el tratamiento de diálisis. Los gastos se limitan a aquellos realizados por consultas previas y posteriores al diagnóstico, chequeos de rutina para el tratamiento de la condición, **Medicamentos y Vendajes** (excepto los que están en etapa experimental o no han sido probados), **Habitación y Comida**, y servicios de **Enfermeras Calificadas**. El **Beneficio** que se brinda con respecto a la ESRD no es por una **Condición Médica Aguda** y se ofrece pura y exclusivamente como una extensión de la cobertura solo en relación con la ESRD.

Se limita a USD 20,000 de por vida para la **Persona Inscrita** y está sujeto a la cobertura de la **Póliza** vigente durante dicho período.

EXCLUSIONES

Esta **Póliza** no cubre gastos que son consecuencia de lo siguiente:

1. Toda **Condición Médica** o **Condición Relacionada** por la cual la **Persona Inscrita** recibió **Tratamiento**, tuvo síntomas o buscó **Asesoramiento** con anterioridad a la **Fecha de Ingreso** de la **Persona Inscrita** (**Condición Médica** preexistente), a menos que se hubiese declarado como un hecho sustancial en el momento de la solicitud y que **Nosotros** lo hubiésemos aceptado por escrito.
2. Cualquier **Condición Médica** que surja dentro de los primeros 90 días a partir de la **Fecha de Ingreso**, cuando dicha **Condición Médica** no haya sido el resultado de un **Accidente** o de una enfermedad de origen infeccioso.
3. **Tratamientos** que **Nosotros**, por **Asesoramiento Médico**, determinamos que están en etapa experimental o que aún no han sido probados.
4. **Tratamientos Crónicos** de apoyo para casos de enfermedad renal, incluida la diálisis.
Sin embargo, **Nosotros** pagaremos los gastos generados por tratamientos de diálisis renal en los siguientes casos:
(La exclusión se aplica únicamente a la opción Silver del plan)
 - a) En las instancias inmediatamente anteriores y posteriores a una operación.
 - b) Cuando se trate de insuficiencias **Agudas** secundarias, en las que la diálisis sea parte de los cuidados intensivos.
5. No se brindará cobertura conforme a esta **Póliza** en los casos en que el **Tratamiento** o el **Asesoramiento** referido a cualquier **Condición Médica**, ya sea que esté relacionado o no, sea el resultado de la autoterapia (autoadministrada) o cuando dicho **Tratamiento** o **Asesoramiento** haya provenido de un familiar, entre quienes pueden estar incluidos el cónyuge, la pareja, el padre, la madre, los abuelos, los hijos o los tutores.
6. Lesiones al nacer, **Anomalías Congénitas**, deformidades genéticas o **Condiciones Médicas Hereditarias** con síntomas que se manifestaron antes de la **Fecha de Ingreso**. La cobertura se extiende para incluir el cuidado del recién nacido contemplado en el apartado 11 de la sección **Beneficios** de este Certificado, y el monto máximo disponible es de USD 250,000.
7. Los exámenes físicos de rutina realizados por un **Médico**, que incluyen exámenes ginecológicos, exámenes de rutina, atención neonatal, inoculaciones, vacunas (con excepción del apartado 20 sobre el **Beneficio de Bienestar** en la sección **Beneficios** de este Certificado), medicamentos preventivos, exámenes sencillos de ojos, exámenes sencillos de oídos, defectos degenerativos de la visión (no médicos/naturales) entre los que se incluyen la miopía, la presbicia y el astigmatismo; y toda cirugía correctiva de defectos degenerativos de los oídos (no médicos/naturales).
8. **Convalecencia**, a menos que se trate de una parte integral de un **Tratamiento** que se recibe como **Paciente Internado**, se encuentre bajo el control o la supervisión de un **Médico Especialista** y se lleve a cabo en un **Centro de Convalecencia** reconocido o mediante la **Atención Médica Domiciliaria**.
9. **Tratamientos** que se reciben en balnearios terapéuticos, clínicas de cuidados naturales, spas o establecimientos similares, en habitaciones privadas registradas como **Centros Médicos**, en hogares de ancianos asociados con dichos establecimientos, o en un **Centro Médico** que se ha transformado efectivamente en el hogar de la **Persona Inscrita** o en su domicilio permanente, o en los casos en que la admisión se arregle total o parcialmente por motivos sociales o domésticos.
10. **Tratamientos** cosméticos o cualquier consecuencia que estos traigan, o **Tratamientos** para la pérdida de peso o por problemas de peso, cuyos fines sean psicológicos o no. También se excluyen los costos de **Tratamientos** asociados que sean consecuencia de una cirugía cosmética o aquellos generados por trastornos alimenticios o problemas de peso.
11. Medicinas alternativas que incluyen, entre otros especialistas, a podólogos, optometristas, consultores de lactancia y podiatras. La cobertura se extiende para incluir quiroprácticos, osteópatas, homeópatas y acupunturistas únicamente, conforme a lo que se contempla en la sección **Beneficios**, en el apartado 1(e) de este Certificado.
12. Gastos realizados en relación con la localización de un órgano para trasplante o aquellos debidos a la extracción de un órgano del cuerpo del donante, más los costos de transporte y todos los demás gastos de administración relacionados.
13. Cualquier segunda opinión médica u opinión complementaria que se reciba de un **Médico** o **Médico Especialista** con respecto a una misma **Condición Médica**, a menos que **Nosotros** lo hayamos autorizado por escrito.
14. Costos de partos por cesárea voluntarios.
15. Costos asociados a interrupciones del embarazo que no responden a razones de salud, cursos prenatales, servicios de una partera cuando no estén relacionados con el parto o con una **Condición Médica** reconocida, y aquellos relacionados con la amniocentesis (o procedimientos similares o asociados).
16. Gastos de embarazo o complicaciones del embarazo que surjan dentro de los primeros 12 meses a partir de la fecha de adquisición de este **Beneficio** o de la **Fecha de Ingreso**, la que sea posterior.
17. Cualquier costo relacionado con el embarazo de una hija soltera menor de 18 años que cumpla con los requisitos de **Persona Elegible**.

18. **Tratamientos** que sean necesarios o que surjan de manera directa o indirecta a causa del control de la natalidad femenina y masculina, la infertilidad, la anticoncepción, la esterilización (o su reversión) y cualquier método de reproducción asistida, o cualquier complicación del embarazo que sea resultado de **Tratamientos** de fertilidad o embarazos asistidos.
19. **Tratamiento** de la impotencia, de cualquier **Condición Relacionada** o de todas las consecuencias que esta implica.
20. **Tratamiento** relacionado directa o indirectamente con el cambio de sexo, y con todas las consecuencias que esto implica.
21. Enfermedades venéreas o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, o cualquier **Condición Relacionada** diferente del VIH/SIDA, conforme a lo contemplado en el apartado 6 de la sección **Beneficios** de este Certificado.
22. Cirugías correctivas para reparar defectos visuales que no sean consecuencia de un **Accidente**.
23. Cualquier **Tratamiento** dental de rutina o restaurativo, que puede ser llevado a cabo por un **Médico, Médico Especialista** u **Odontólogo**, o un cirujano oral y maxilofacial.
24. **Tratamiento** de ortodoncia; gingivitis y periodontitis u otra **Condición Relacionada**.
25. Costos correspondientes a los servicios de un psicoterapeuta, psicólogo, terapeuta familiar o consejero para sobrellevar la muerte de un familiar.
26. **Tratamientos** de las dificultades de aprendizaje en niños, hiperactividad, trastornos por déficit de atención, terapia del habla (con excepción de lo que se especifica en el apartado 2(b) de la sección **Beneficios** de la **Póliza**), problemas del desarrollo y del comportamiento.
27. **Tratamientos** por alcoholismo, adicción a drogas o abuso de sustancias, o cualquier condición adictiva de cualquier clase, y cualquier lesión o enfermedad que sea consecuencia directa o indirecta de dicho abuso o de dicha adicción.
28. Suicidio o intento de suicidio, **Lesión Corporal** autoinfligida voluntariamente o lesión sufrida de manera directa o indirecta, como resultado de un acto delictivo cometido por la **Persona Inscrita**.
29. Costos de viaje y alojamiento, a menos que **Nosotros** los hayamos aprobado específicamente por escrito antes de efectuarse el viaje. No se pagan costos de alojamiento ni de viaje cuando el **Tratamiento** se obtiene exclusivamente como **Paciente Ambulatorio**.
30. Los costos y gastos que surgen cuando una **Persona Inscrita** realiza un viaje sin tener en cuenta el **Asesoramiento Médico** que aconsejaba no hacerlo.
31. Los honorarios de un ministro religioso en relación con lo especificado en el apartado 18 de la sección **Beneficios** de la cobertura.
32. **Tratamientos** y gastos que son el resultado, directo o indirecto, o la consecuencia propia de lo siguiente: guerras, invasiones, actos de violencia de enemigos extranjeros (independientemente de que se haya declarado la guerra), guerras civiles, rebeliones, revoluciones, insurrección o gobierno militar o usurpado, amotinamientos, revueltas, huelgas, ley marcial o estado de sitio, intentos de derrocamiento del gobierno o cualquier **Acto de Terrorismo**, a menos que la **Persona Inscrita**, siendo un transeúnte inocente, sufra **Lesiones Corporales** que son consecuencia de un **Acto de Terrorismo**. Si este fuera el caso, se cubre un máximo de USD 50,000 por **Persona Inscrita** por incidente.
33. Independientemente de cualquier cláusula de contribución, este seguro no cubre el **Tratamiento** de una **Condición Médica** causada o favorecida de forma alguna por un **Acto de Terrorismo** que implique el peligroso uso de dispositivos o armas nucleares, ni la diseminación de agentes químicos o biológicos. Si **Nosotros** alegamos que, debido a esta exclusión, cualquier reclamo está fuera de la cobertura del seguro, la responsabilidad de demostrar lo contrario recaerá enteramente sobre **Usted**.
34. **Tratamientos** que sean el resultado directo o indirecto o necesarios debido a la contaminación química o por radioactividad, producida por cualquier material nuclear o por la combustión de combustibles nucleares, asbestosis o cualquier **Condición Relacionada**.
35. **Tratamientos** que se reciben debido a problemas de insomnio, trastornos al dormir, apneas del sueño, fatiga, desfase horario, estrés laboral o cualquier **Condición Relacionada**.
36. Sustancias y suplementos alimenticios que están disponibles naturalmente, entre los que se incluyen vitaminas, minerales y sustancias orgánicas.
37. **Tratamientos** que se requieren a causa de la mala praxis médica.
38. Visitas domiciliarias efectuadas por un **Médico, un Médico Especialista** o una **Enfermera Calificada**, a menos que **Nosotros** las hayamos aprobado específicamente por escrito antes de la consulta.
39. Cualquier **Tratamiento** que no fue recetado, recomendado ni aprobado por el **Médico** o **Médico Especialista** que atiende a la **Persona Inscrita**.
40. Costos de **Tratamientos** que la **Persona Inscrita** no tiene la obligación legal de pagar.
41. Costos que, conforme a lo determinado por **Nosotros**, corresponden al cuidado de custodia.
42. Cualquier **Tratamiento** por trastornos mentales de cualquier naturaleza (incluso el síndrome cerebral **Crónico**) diferentes de aquellos para los que se brinda cobertura en el apartado 5 de la sección **Beneficios** de este Certificado.
43. Costos que, conforme a lo determinado por **Nosotros**, corresponden a la **Atención en Hospicio**.

LÍMITES DE LA COBERTURA

1. Deducibles:

En el **Plan de Cobertura** se indicará el monto de **Coseguro** y **Deducible** que la **Persona Inscrita** está obligada a pagar antes de recibir cualquiera de los **Beneficios** conforme a esta **Póliza**. No cualquier **Coseguro** es aplicable para satisfacer el **Deducible**.

a) **Deducible para atención preferida (incluye Tratamiento fuera de los Estados Unidos):**

Todos los costos del **Tratamiento** elegible recibido fuera de los EE. UU. y cualquier **Tratamiento** elegible llevado a cabo por un **Proveedor de Atención Preferida** en los EE. UU. se considerarán gastos adecuadamente realizados a los efectos del **Deducible**. La **Persona Inscrita** deberá pagar los costos de este **Tratamiento** hasta llegar al monto definido como el **Deducible** para atención preferida. Cuando el costo del **Tratamiento** de la **Persona Inscrita** supere el monto del **Deducible** para atención preferida, la **Póliza** comenzará a pagar **Beneficios** para el **Tratamiento** elegible fuera de los EE. UU. y para el **Tratamiento** elegible brindado por un **Proveedor de Atención Preferida** dentro de los EE. UU.

b) **Deducible para atención no preferida:**

Únicamente los costos del **Tratamiento** elegible que realice un proveedor de atención no preferida en los EE. UU. se considerarán gastos adecuadamente realizados a los efectos del **Deducible** para atención no preferida. **Usted** deberá hacerse cargo de los costos de este **Tratamiento** hasta llegar al monto definido como **Deducible** para atención no preferida. Cuando el costo de **Su Tratamiento** supere el monto del **Deducible** para atención no preferida, la **Póliza** comenzará a pagar **Beneficios** para el **Tratamiento** elegible brindado por **Proveedores de atención no preferida** en los EE. UU. Cada **Deducible** se computa por separado y se acumula individualmente. Todo **Tratamiento** elegible que requiera precertificación, pero que no la posea, contará para alcanzar el **Deducible** solamente después de haberse aplicado el porcentaje de reembolso reducido.

2. Límites del Coseguro:

Cuando el **Tratamiento** se lleva a cabo en los Estados Unidos (o en cualquier caso, cuando todos y cada uno de los gastos se realicen mientras se goza del **Beneficio** de cobertura por maternidad), la **Persona Inscrita** debe pagar un porcentaje del valor total de todos los gastos realizados por cada **Condición Médica** para cada **Período de Cobertura**. Esto se denomina "**Coseguro**" y su porcentaje correspondiente figura en la sección **Plan de Límites y Máximos** del presente documento. El monto máximo que cada **Persona Inscrita** deberá pagar a modo de **Coseguro** por **Período de Cobertura** se denomina "**Límite de Coseguro**" y también puede encontrarse en el **Plan de Límites y Máximos**. Cada **Persona Inscrita** tiene un límite individual de **Coseguro** por cada **Tratamiento** con precertificación realizado por **Proveedores de Atención Preferida** y proveedores de atención no preferida, conforme a lo establecido en esta **Póliza**. Después de que se alcanza este monto máximo, del cual **Usted** es responsable, la **Póliza** pagará **Beneficios** al 100%. Los pagos de **Deducible** no contribuyen a estos límites. El **Tratamiento** elegible que requiera precertificación, pero que no sea precertificado, no estará sujeto al límite del **Coseguro**.

3. Aplicación de Límites:

Toda limitación general de los **Beneficios** (por visita, cantidad de días, límite monetario, etc.) se implementará antes de la aplicación de cualquier **Deducible**.

4. Plan de Límites y Máximos:

El plan completo de límites y máximos para todas las opciones de cobertura aplicables se detalla en la siguiente página. La opción de cobertura adquirida forma parte de **Su Plan de Cobertura** y debe consultarse para conocer el modo en que operan las limitaciones sobre la cobertura y los **Beneficios**.

5. Acumulación:

En caso de que una familia, compuesta por tres **Personas Inscritas** o más, sufran un **Accidente** de manera simultánea, se aplicará un máximo de dos (2) **Deducibles** individuales al costo total de los reclamos por los miembros de la familia.

PLAN DE LÍMITES Y MÁXIMOS

La tabla que figura a continuación resume las opciones de productos disponibles y las características, los límites de la cobertura, los períodos de espera y el Coseguro aplicable a cada opción.

OPCIÓN SILVER

Características del plan	En los EE. UU. Dentro de la red	En los EE. UU. Fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
Límite total anual máximo Límite del Beneficio de la Póliza	USD 1,000,000	USD 1,000,000	USD 1,000,000
Máximo de Coseguro El monto máximo de Coseguro pagadero	No aplica	USD 4,000	No aplica
Costos por Tratamiento para Pacientes Internados o Pacientes de Día Porcentaje de reembolso con autorización previa	100%	80%*	100%
Convalecencia Límite del Beneficio (Tratamiento para Pacientes Internados o Pacientes de Día)	30 días	30 días	30 días
Atención Médica Domiciliaria Cantidad máxima de visitas (por Condición Médica)	30	30	30
Cirugía Reconstructiva Porcentaje de reembolso El Tratamiento debe realizarse dentro del plazo especificado a partir de la fecha del Accidente o de la Condición Médica. Dentro de los 365 días.	100%	80%	100%
Tratamiento psiquiátrico (con internación) Límite máximo del Tratamiento	28 días	28 días	28 días
Atención psiquiátrica a Pacientes Ambulatorios Porcentaje de reembolso	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Enfermedades de recién nacidos Límite del Beneficio de por vida	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Oncología Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Trasplante de órganos Límite del Beneficio por operación de trasplante/órgano de por vida	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000
Lesión Accidental en los Dientes Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
SIDA Límite del Beneficio de por vida	USD 40,000	USD 40,000	USD 40,000
Prótesis Límite del Beneficio de por vida	USD 5,000	USD 5,000	USD 5,000
Habitación y Comida Tarifa según el tipo de habitación	Privada	Privada	Privada
Límite de la tarifa de la habitación	Sin límite	Sin límite	Sin límite

Unidad de cuidados intensivos (ICU) Límite de la tarifa de la habitación	USD 2,000	USD 1,800	USD 2,000
Transporte de Emergencia	Cuando se considere Medicamente Necesario	Cuando se considere Medicamente Necesario	Cuando se considere Medicamente Necesario
Evacuación Médica Porcentaje de reembolso (por Condición Médica)	100%	100%	100%
Gastos de viaje adicionales después de la Evacuación Límite del Beneficio	USD 10,000	USD 10,000	USD 10,000
Restos Mortales Límite del Beneficio	USD 10,000	USD 10,000	USD 10,000
Maternidad Período de espera previo a ser elegible para obtener el Beneficio	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Límite monetario del Beneficio (parto normal)	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Límite monetario del Beneficio (parto por cesárea por razones de salud)	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Porcentaje de reembolso	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Complicaciones del Embarazo Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Período de espera previo a ser elegible para obtener el Beneficio	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses
Costos del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios Porcentaje de reembolso	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Medicamentos y Vendajes para casos ambulatorios Límite monetario del Beneficio	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Terapia de Reemplazo Hormonal	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Manejo de rutina de Condiciones Crónicas Porcentaje de reembolso	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Cobertura de la enfermedad renal en etapa terminal, incluye cobertura del Tratamiento de diálisis Límite del Beneficio de por vida	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Tratamiento sin autorización previa** Tratamiento de Emergencia y Tratamiento para Pacientes Internados y Pacientes de Día	50%	50%	50%
Atención que no es de Emergencia en sala de Emergencias** Porcentaje de reembolso (por Condición Médica)	50%	50%	50%

OPCIÓN GOLD

Características del plan	En los EE. UU. Dentro de la red	En los EE. UU. Fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
Límite total anual máximo Límite del Beneficio de la Póliza	USD 1,000,000	USD 1,000,000	USD 1,000,000
Máximo de Coseguro El monto máximo de Coseguro pagadero	No aplica.	USD 4,000	No aplica.
Costos por Tratamiento para Pacientes Internados o Pacientes de Día Porcentaje de reembolso con autorización previa	100%	80%*	100%
Convalecencia Límite del Beneficio (Tratamiento para Pacientes Internados o Pacientes de Día)	30 días	30 días	30 días

Atención Médica Domiciliaria Cantidad máxima de visitas (por Condición Médica)	30	30	30
Cirugía Reconstructiva Porcentaje de reembolso El Tratamiento debe realizarse dentro del plazo especificado a partir de la fecha del Accidente o de la Condición Médica. Dentro de los 365 días.	100%	80%	100%
Tratamiento psiquiátrico (con internación) Límite máximo del Tratamiento	28 días	28 días	28 días
Atención psiquiátrica a Pacientes Ambulatorios Porcentaje de reembolso	Reembolso total	Reembolso total	Reembolso total
Enfermedades de recién nacidos Límite del Beneficio de por vida	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000
Oncología Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Trasplante de órganos Límite del Beneficio por operación de trasplante/órgano de por vida	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000
SIDA Límite del Beneficio de por vida	USD 40,000	USD 40,000	USD 40,000
Prótesis Límite del Beneficio de por vida	USD 5,000	USD 5,000	USD 5,000
Lesión Accidental en los Dientes Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Habitación y Comida Tarifa según el tipo de habitación	Privada	Privada	Privada
Límite de la tarifa de la habitación	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Unidad de cuidados intensivos (ICU) Límite de la tarifa de la habitación	USD 2,000	USD 1,800	USD 2,000
Transporte de Emergencia	Cuando se considere Médicamente Necesario	Cuando se considere Médicamente Necesario	Cuando se considere Médicamente Necesario
Evacuación Médica Porcentaje de reembolso (por Condición Médica)	100%	100%	100%
Gastos de viaje adicionales después de la Evacuación Límite del Beneficio	USD 10,000	USD 10,000	USD 10,000
Restos Mortales Límite del Beneficio	USD 10,000	USD 10,000	USD 10,000
Maternidad Período de espera previo a ser elegible para obtener el Beneficio	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses
Límite monetario del Beneficio (parto normal)	USD 5,000	USD 5,000	USD 5,000
Límite monetario del Beneficio (parto por cesárea por razones de salud)	USD 9,500	USD 9,500	USD 9,500
Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Complicaciones del Embarazo Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Período de espera previo a ser elegible para obtener el Beneficio	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses
Costos del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Medicamentos y Vendajes para casos ambulatorios Límite monetario del Beneficio	USD 2,000	USD 2,000	USD 2,000

Terapia de Reemplazo Hormonal	100%	80%	100%
Manejo de rutina de Condiciones Crónicas Porcentaje de reembolso	Reembolso total	Reembolso total	Reembolso total
Cobertura de la enfermedad renal en etapa terminal, incluye cobertura del Tratamiento de diálisis Límite del Beneficio de por vida	USD 20,000	USD 20,000	USD 20,000
Tratamiento sin autorización previa** Tratamiento de Emergencia y Tratamiento para Pacientes Internados y Pacientes de Día	50%	50%	50%
Atención que no es de Emergencia en sala de Emergencias** Porcentaje de reembolso (por Condición Médica)	50%	50%	50%

OPCIÓN PLATINUM

Características del plan	En los EE. UU. Dentro de la red	En los EE. UU. Fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
Límite total anual máximo Límite del Beneficio de la Póliza	USD 2,000,000	USD 2,000,000	USD 2,000,000
Máximo de Coseguro El monto máximo de Coseguro pagadero	No aplica	USD 4,000	No aplica
Costos por Tratamiento para Pacientes Internados o Pacientes de Día Porcentaje de reembolso con autorización previa	100%	80%*	100%
Convalecencia Límite del Beneficio (Tratamiento para Pacientes Internados o Pacientes de Día)	30 días	30 días	30 días
Atención Médica Domiciliaria Cantidad máxima de visitas (por Condición Médica)	30	30	30
Cirugía Reconstructiva Porcentaje de reembolso El Tratamiento debe realizarse dentro del plazo especificado a partir de la fecha del Accidente o de la Condición Médica. Dentro de los 365 días.	100%	80%	100%
Tratamiento psiquiátrico (con internación) Límite máximo del Tratamiento	28 días	28 días	28 días
Atención psiquiátrica a Pacientes Ambulatorios Porcentaje de reembolso	Reembolso total	Reembolso total	Reembolso total
Enfermedades de recién nacidos Límite del Beneficio de por vida	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000
Oncología Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Trasplante de órganos Límite del Beneficio por operación de trasplante/órgano de por vida	USD 250,000	USD 250,000	USD 250,000
SIDA Límite del Beneficio de por vida	USD 40,000	USD 40,000	USD 40,000
Prótesis Límite del Beneficio de por vida	USD 5,000	USD 5,000	USD 5,000
Lesión Accidental en los Dientes Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%

Habitación y Comida Tarifa según el tipo de habitación	Privada	Privada	Privada
Límite de la tarifa de la habitación	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Unidad de cuidados intensivos (ICU) Límite de la tarifa de la habitación	USD 3,000	USD 3,000	USD 3,000
Transporte de Emergencia	Cuando se considere Medicamente Necesario	Cuando se considere Medicamente Necesario	Cuando se considere Medicamente Necesario
Evacuación Médica Porcentaje de reembolso (por Condición Médica)	100%	100%	100%
Gastos de viaje adicionales después de la Evacuación Límite del Beneficio	USD 10,000	USD 10,000	USD 10,000
Restos Mortales Límite del Beneficio	USD 10,000	USD 10,000	USD 10,000
Maternidad Período de espera previo a ser elegible para obtener el Beneficio	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses
Límite monetario del Beneficio (parto normal)	USD 7,500	USD 7,500	USD 7,500
Límite monetario del Beneficio (parto por cesárea por razones de salud)	USD 12,000	USD 12,000	USD 12,000
Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Complicaciones del Embarazo Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Período de espera previo a ser elegible para obtener el Beneficio	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses	Período de espera de 12 meses
Costos del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios Porcentaje de reembolso	100%	80%	100%
Medicamentos y Vendajes para casos ambulatorios Límite monetario del Beneficio	USD 3,000	USD 3,000	USD 3,000
Terapia de Reemplazo Hormonal	100%	80%	100%
Manejo de rutina de Condiciones Crónicas Porcentaje de reembolso	Reembolso total	Reembolso total	Reembolso total
Tratamiento sin autorización previa** Tratamiento de Emergencia y Tratamiento para Pacientes Internados y Pacientes de Día	50%	50%	50%
Cobertura de la enfermedad renal en etapa terminal, incluye cobertura del Tratamiento de diálisis Límite del Beneficio de por vida	USD 20,000	USD 20,000	USD 20,000
Atención que no es de Emergencia en sala de Emergencias** Porcentaje de reembolso (por Condición Médica)	50%	50%	50%

* 80% en caso de encontrarse fuera del área de la red.

** No se aplica el máximo de Coseguro.

CONDICIONES GENERALES

1. Cláusula de Subrogación:

Si la **Compañía de Seguros** paga **Beneficios** por gastos médicos cubiertos realizados y se detecta que alguna de las **Personas Inscritas** recibió dinero de otra fuente, incluida otra **Póliza** de seguros, como pago de parte de dichos gastos o de su totalidad, conforme a lo descrito en el apartado 17 de la sección **Condiciones Generales**, la **Compañía de Seguros** tendrá derecho a exigirle a **Usted** un reembolso. En los casos que sea necesario, la **Compañía de Seguros** se reserva el derecho de deducir dicho reembolso de acuerdos de reclamos futuros o de resolución inminente. Asimismo, puede invalidar **Su** inscripción y la de todas las **Personas Inscritas** desde el inicio, sin realizar ningún reembolso de primas. A menos que se cuente con el consentimiento por escrito de la **Compañía de Seguros**, ninguna **Persona Inscrita** tiene derecho alguno a asumir responsabilidad por ninguna eventualidad ni a prometer el cumplimiento de nada que sea de carácter obligatorio para **Usted**, las **Personas Elegibles** o cualquier otra **Persona Inscrita** incluida en el **Plan de Cobertura**.

2. Cobertura de Familiares y Dependientes:

Usted y todas las **Personas Inscritas** deben recibir la cobertura de la misma **Póliza** y con los mismos **Beneficios**. Si la **Compañía de Seguros** detectara que este no es su caso, **Usted** deberá regularizar su situación en la siguiente **Fecha de Renovación**. El incumplimiento de esta condición traerá como consecuencia la finalización de **Su** cobertura y la de todas las **Personas Inscritas**.

3. Cláusula de Aceptación:

La **Compañía de Seguros** tiene derecho a rechazar la **Solicitud de Inscripción** de cualquier persona sin necesidad de dar explicaciones. La **Compañía de Seguros** también tiene derecho a solicitarle pruebas que certifiquen la edad y el estado de salud de cualquier persona incluida en **Su** solicitud. A su vez, la **Compañía de Seguros** se reserva el derecho de aplicar endosos, exclusiones o incrementos de las primas adicionales, para reflejar cualquier circunstancia que **Usted** especifique en el formulario de **Solicitud de Inscripción** o que declare ante la **Compañía de Seguros** como un hecho sustancial.

4. Elegibilidad:

Los nuevos aspirantes a la cobertura serán elegibles hasta la edad de 74 años*. Los individuos mayores de 74 años no son elegibles a menos que la **Fecha de Entrada** de la **Persona Afiliada** sea anterior al cumpleaños 75 de dicha persona. La elegibilidad no se extenderá en ningún caso a ningún aspirante cuyo **País de Residencia** sea los Estados Unidos o las Bermudas en el momento de la **Solicitud de Afiliación** o la **Fecha de Renovación**, y toda cobertura será cancelada para **Usted** si **Usted** vive o se muda a los Estados Unidos o las Bermudas en cualquier momento durante el **Período de Cobertura**.

5. Cumplimiento con los Términos de la Póliza:

La **Compañía de Seguros** no será responsable de ningún reclamo en el caso de que la **Persona Inscrita** no cumpla con

los términos y las condiciones de la **Póliza**, excepto cuando las circunstancias del reclamo no guarden relación con dicho incumplimiento y no se haya producido ningún fraude.

6. Modificaciones en el Riesgo:

Usted debe informarnos, tan pronto como sea razonablemente posible, todas las modificaciones materiales relacionadas con las **Personas Inscritas** y que afecten la información que ha brindado en **Su Solicitud de Inscripción**. La **Compañía de Seguros** se reserva el derecho de reformar los términos de este **Certificado de Inscripción** o de cancelar la cobertura de una **Persona Inscrita** a partir de alguna modificación en el riesgo.

7. Duración y Primas de la Póliza:

- La cobertura que se ofrece se extiende por el lapso de un año y se renueva sucesivamente por períodos de un año. Además, está sujeta a los términos vigentes en el momento de cada **Fecha de Renovación** y al pago de las primas.
- La **Compañía de Seguros** puede modificar el monto pagadero de las primas. Si la **Compañía de Seguros** decide elevar el rango de edades cubiertas, se producirá un aumento en el monto de las primas en la siguiente **Fecha de Renovación**. No obstante, la cobertura no sufrirá ninguna modificación en las tarifas de las primas hasta la siguiente **Fecha de Renovación**.
- Todas las primas se pagan por adelantado para cualquier cobertura que se brinde en virtud de esta **Póliza**.
- La **Póliza** constituye un contrato anual y **Usted** es responsable del pago de las primas correspondientes al año entero, independientemente de que la **Compañía de Seguros** le permita efectuar los pagos en cuotas.

8. Interrupción en la Cobertura:

Cuando se produce una interrupción en la cobertura, cualquiera sea el motivo, la **Compañía de Seguros** se reserva el derecho de volver a aplicar la exclusión 1 correspondiente a **Condiciones Médicas** preexistentes y la exclusión 2.

9. Hijos:

Los niños recién nacidos se aceptan en la cobertura desde su nacimiento. La aceptación de bebés recién nacidos está sujeta a la notificación por escrito dentro de los 30 días a partir del nacimiento, además de la recepción de la prima completa dentro de los 30 días posteriores a la notificación. Serán aceptados en la cobertura los jóvenes de hasta 18 años que vivan con **Usted**, o aquellos de hasta 23 años que sean estudiantes de tiempo completo en el momento de su incorporación o llegada la **Fecha de Renovación** anual. Los jóvenes menores de 18 años que no vivan con **Usted** serán aceptados en la cobertura a condición de que el padre, la madre o el tutor legal firme la solicitud. La prima aplicable es la que se corresponde con la tarifa del rango etario de 18 a 21 años.

10. Modificaciones:

- a) **Nosotros** podemos modificar los términos y las condiciones de la inscripción en cualquier **Fecha de Renovación**. Se le enviará una copia del **Certificado de Inscripción** modificado cuando esto suceda. **Usted** puede cancelar la inscripción dentro de los 15 días a partir de la **Fecha de Renovación** y le reembolsaremos la prima, siempre y cuando no haya hecho ningún reclamo. **Nosotros** lo pondremos al tanto de dichas modificaciones con un tiempo de aviso razonable. Le enviaremos los detalles de dichas modificaciones a la última dirección **Suya** que tengamos registrada. Sin embargo, las modificaciones entrarán en vigencia incluso si no recibiese información al respecto por la razón que fuera.
- b) Ninguna modificación o enmienda de esta **Póliza** ni de los términos de este **Certificado de Inscripción** tendrá validez, a menos que **Nosotros** los hayamos expresado por escrito y estén firmados por un representante autorizado de la **Compañía de Seguros**.

11. Renuncia:

La renuncia que **Nosotros** decidamos respecto de cualquier término o condición de esta **Póliza** en cualquier instancia, no nos impedirá la aplicación de dicho término o de dicha condición en otras oportunidades.

12. Cancelación:

En caso de que no se efectúe el pago de alguna prima, la **Compañía de Seguros** tendrá derecho a cancelar la inscripción de todas las **Personas Inscritas**. La cancelación será automática. La **Compañía de Seguros** puede, a su absoluta discreción, restituir la cobertura si se salda la deuda posteriormente.

Si bien la **Compañía de Seguros** no cancelará esta **Póliza** por reclamos elegibles efectuados por cualquier **Persona Inscrita**, la **Compañía de Seguros** puede finalizar la cobertura de alguna de las **Personas Inscritas** en los siguientes casos:

- a) Si la persona intenta engañar a la **Compañía de Seguros** con declaraciones falsas.
- b) Si la persona, deliberadamente, reclama **Beneficios** por cualquier otro fin diferente de los que se plantean conforme a esta **Póliza**.
- c) Si la persona aprueba el intento de un tercero de obtener una ventaja económica no razonable en detrimento de la **Compañía de Seguros**.
- d) Si la persona incumple los términos y las condiciones de esta **Póliza** o no actúa siguiendo el principio de máxima buena fe.
- e) Si la persona cambia su **País de Residencia** a fin de que, a los efectos de esta **Póliza**, el **País de Residencia** sea los EE. UU. o las Bermudas.

13. Leyes Aplicables:

Las leyes aplicables a esta **Póliza**, a este **Certificado de Inscripción** y a todas y cada una de las causas de acción que surjan en relación con esta **Póliza** o con este **Certificado de Inscripción**, serán las leyes sustanciales de las Bermudas, sin considerar ni aplicar las normas sobre conflicto de leyes de esa jurisdicción.

14. Arbitraje:

Todos y cada uno de los reclamos, las controversias y las disputas que surjan en relación con la **Póliza**; con este **Certificado de Inscripción**; con la solicitud o con el proceso de solicitud, ya sea respecto de la **Póliza** o del **Certificado de Inscripción**; o con el servicio brindado en relación con el contenido de este documento se resolverán exclusivamente mediante arbitraje privado y confidencial. El alcance de este acuerdo de arbitraje incluye todos los reclamos, las disputas y las controversias que involucren a la **Compañía de Seguros**, a **Nosotros**, a **Usted**, a cualquier **Persona Inscrita** o a cualquiera que actúe en su representación. La ubicación geográfica donde se llevará a cabo

el arbitraje será Hamilton, Bermudas, en la dirección municipal que seleccione, por mayoría, el panel arbitral (el cual estará integrado por tres árbitros: cada una de las partes seleccionará a un árbitro; luego, los dos árbitros elegidos serán los encargados de nominar a un tercer árbitro). Los árbitros deben tener un mínimo de cinco años de experiencia en el área de los seguros de vida o de salud, y no pueden estar afiliados a ninguna de las dos partes (ni tampoco haberlo estado durante los últimos cinco años).

La decisión de la mayoría de los árbitros será definitiva, vinculante e inapelable. Los árbitros decidirán el modo de sufragar el costo de los procedimientos de arbitraje. En la medida en que lo permita la ley de las Bermudas, el arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con el REGLAMENTO DE ARBITRAJE de la Comisión de las Naciones Unidas para el derecho mercantil internacional (CNUDMI) que rige los procedimientos arbitrales. En todos los demás aspectos, la ley de las Bermudas controlará el arbitraje. En caso de llegar a un punto muerto en cuanto a la selección o al nombramiento de un árbitro, la Corte Internacional de Arbitraje de la Cámara de Comercio Internacional deberá actuar como la autoridad nominativa, según lo permite el reglamento de arbitraje de la CNUDMI.

15. Otro Seguro:

Si existe algún otro seguro que cubre alguno de los mismos **Beneficios**, **Usted** debe informarlo o asegurarse de que la **Persona Inscrita** pertinente se lo comunique a la **Compañía de Seguros**. Consecuentemente, la **Compañía de Seguros** no será responsable de efectuar pagos ni de realizar contribuciones que excedan su proporción estimable.

16. Reclamos Infundados o Fraudulentos:

Si algún reclamo conforme a esta **Póliza** resulta, de alguna forma, fraudulento o infundado, todos los **Beneficios** ya pagos o pagaderos en relación con dicho reclamo se perderán y (si corresponde) podrán recuperarse. Asimismo, toda la cobertura correspondiente a la **Persona Inscrita** se cancelará por completo a partir de la **Fecha de Inicio**, sin el reembolso de ninguna prima.

17. Responsabilidad:

La responsabilidad de la **Compañía de Seguros** cesará de inmediato una vez finalizada la inscripción conforme a este **Certificado** por la causa que fuere, entre las que se incluyen la no renovación y la falta de pago de las primas.

18. Reembolso de Primas:

Después de los primeros 30 días de cobertura a partir de **Su Fecha de Ingreso** (período de retractación), o de los 15 días a partir de cualquier **Fecha de Renovación** subsiguiente, no tendrá derecho al reembolso de la prima, de forma total o parcial, por la causa que fuere.

19. Transferencia:

En caso de que haya más de una **Persona Inscrita** mayor de 18 años y **Usted** fallezca, la **Persona Inscrita** mayor de 18 años con más edad será la responsable de pagar las primas y de enviar y recibir notificaciones, a partir de la fecha de **Su** fallecimiento.

20. Totalidad del Contrato (Modificaciones):

La **Póliza**, que incluye el **Plan de Cobertura**, la **Solicitud de Inscripción** y el **Certificado de Inscripción**, constituye la totalidad del contrato y no puede ser modificada por nadie más que la **Compañía de Seguros**. Dicha aprobación debe ratificarse o adjuntarse a este **Certificado de Inscripción** o al **Plan de Cobertura**. Ningún agente o corredor de seguros puede modificar la **Póliza** ni este **Certificado de Inscripción**, ni tampoco renunciar a los términos de cualquiera de ellos.

*Sujeto a ciertas opciones de **Deducible** únicamente.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

IMPORTANTE

**** NOTA **** Asegúrese de que todos y cada uno de los costos de los **Tratamientos para Pacientes Internados o Pacientes de Día** que no sean de **Emergencia**, las resonancias magnéticas (MRI) y las tomografías computarizadas (CT) posean **Nuestra** precertificación por escrito (fax/correo electrónico/carta) antes de que se reciba cualquier **Tratamiento** planificado. La notificación respecto de cualquier **Tratamiento** optativo que no sea de **Emergencia** para **Pacientes Internados o Pacientes de Día** debe llegar a **Nuestro** poder tan pronto como sea razonablemente posible.

Centro Internacional de Servicios al Miembro:

Todas las **Personas Inscritas** tienen acceso al Centro Internacional de Servicios al Miembro, que brinda asistencia las 24 horas del día, los 365 días del año, y cuenta con la colaboración de operadores multilingües dispuestos a responder **Sus** preguntas sobre reclamos, **Beneficios** y niveles de cobertura, además de poder procesar los reclamos en varios idiomas diferentes. Asimismo, el Centro Internacional de Servicios al Miembro brinda acceso directo al Equipo Asesor Médico Internacional, el cual se encarga de coordinar admisiones en **Hospitales**, traslados en ambulancia y **Evacuaciones** aéreas cuando es necesario. A fin de obtener ayuda del Centro Internacional de Servicios al Miembro, use la información de contacto que figura en **Su** tarjeta de identificación (ID) de miembro de AGB. Será necesario que informe **Su** nombre, número de referencia, teléfono o número de fax, ubicación y **Condición Médica**. Frente a cualquier situación, en caso de no estar seguro de lo que debe hacer, póngase en contacto con el Centro Internacional de Servicios al Miembro. Si se presentara una verdadera **Emergencia** médica o se requiriera una **Evacuación**, puede contactarse con la Línea de **Ayuda Médica** para Asistencia de **Emergencia** mediante el uso de la información de contacto que figura en **Su** tarjeta de identificación de miembro de AGB.

Los reclamos que se pagan en una moneda local se convertirán según la tasa de cambio publicada en **www.oanda.com**, en el momento en que evaluemos todas las facturas cubiertas por tratamiento.

A fin de protegerlo de la posibilidad de tener que enfrentar gastos que no están cubiertos por **Su Póliza**, hemos desarrollado los siguientes procedimientos:

Tratamiento Planificado para Pacientes Internados o Pacientes de Día:

En caso de realizarse una admisión planificada en un **Centro Médico**, ya sea como **Paciente Internado** o **Paciente de Día**, se deben seguir los pasos que se detallan a continuación. Solamente se reembolsará el 50% del pago de todos los gastos realizados por la **Persona Inscrita**, a menos que siga estos procedimientos.

- i) Póngase en contacto con el Centro Internacional de Servicios al Miembro (llamada gratuita o de cobro revertido) con la mayor rapidez posible antes de la admisión y brinde datos completos de la condición y del **Tratamiento** propuesto (mencione fechas y el nombre del procedimiento si lo conociera). Además, informe el nombre del **Médico Especialista** y suministre detalles del **Centro Médico**. (En el reverso de **Su** tarjeta de membresía, encontrará el número de teléfono).
- ii) El Centro Internacional de Servicios al Miembro le dejará saber si cuenta con la información suficiente para confirmar la cobertura de la **Persona Inscrita**. En caso de que no sea así, se le indicará qué otros datos necesitan.
- iii) El Centro Internacional de Servicios al Miembro le confirmará verbalmente la cobertura de la **Persona Inscrita** y le enviará la confirmación por escrito.
- iv) El Centro Internacional de Servicios al Miembro intentará, de manera continua, coordinar con el **Centro Médico** para que todas las facturas elegibles se salden directamente al utilizarse los servicios de un **Proveedor de Atención Preferida**. Cuando este sea el acuerdo, **Usted** debe enviar el formulario de reclamo original y las facturas impagas (en caso de que el **Centro Médico** se las haya entregado) al Departamento de Reclamos de Aetna Global Benefits.

Admisiones de Emergencia:

En el caso de las admisiones de **Emergencia**, debe comunicarse con el Centro Internacional de Servicios al Miembro inmediatamente después de la admisión y seguir los pasos descritos más arriba con respecto al **Tratamiento** para **Pacientes Internados**. No contactarse con el Centro Internacional de Servicios al Miembro tendrá como consecuencia que solamente se reembolse el 50% del pago de los gastos realizados en concepto de **Tratamiento** o de **Evacuación** según los términos de este Certificado. Es importante que no se demore en solicitar **Tratamiento** de **Emergencia**.

Tratamiento para Pacientes Ambulatorios:

Si la **Persona Inscrita** recibe tratamiento médico como un **Paciente Ambulatorio**, **Usted** debe pagar el **Tratamiento** en su totalidad en el momento de la cita y luego reclamarnos el reembolso. En estos casos, tanto **Usted** como el **Médico** o el **Médico Especialista** deben completar un formulario de reclamo. Luego, tenga a bien enviar dicho formulario al Departamento de Reclamos de Aetna Global Benefits junto con toda prueba sustancial del reclamo de la **Persona Inscrita**, incluidos, entre otros, la factura original y la prueba de pago, la receta y el diagnóstico escrito otorgado por el **Médico**.

Garantía de Pago y Precertificaciones:

La información y los documentos que aparecen a continuación son necesarios para procesar una garantía de pago (GOP) y las precertificaciones de manera oportuna:

- Diagnóstico
- Tratamiento
- Fecha del servicio
- Nombre del proveedor y persona de contacto
- Número de teléfono, número de fax o correo electrónico del proveedor
- Registros médicos y notas médicas
- Estimación del costo
- ROMIF (Formulario de divulgación de información médica)
- PCMF (Formulario de precertificación médica)

Las solicitudes de GOP y precertificación pueden demorar hasta 5 días hábiles para obtener su aprobación, después de que se recibe toda la información necesaria.

Algunos casos pueden necesitar más tiempo para obtener su aprobación, debido al tipo de solicitud, por ejemplo, traducciones de registros médicos, trasplantes, etc.

Información sobre Reclamos Generales:

Nos reservamos el derecho de rechazar cualquier reclamo que no se presente dentro de los 180 días a partir de la fecha en que se llevó a cabo el tratamiento. Todos los documentos y materiales (que incluyen, entre otros, registros originales, certificados y radiografías) que **Nosotros** solicitemos para respaldar un reclamo, una solicitud de cobertura o una modificación en la cobertura, se **Nos** hará llegar sin que debamos pagar costo alguno (incluidos, en caso de que lo pidamos, un informe de salud emitido por el **Médico** o **Médico Especialista** de la **Persona Inscrita** e información detallada de la historia clínica de la **Persona Inscrita** antes de cualquier reclamo). En los casos en que **Nosotros** solicitemos información médica para considerar un reclamo pero esta no esté a **Nuestra** disposición, es **Su** responsabilidad solicitarla al **Médico** actual o anterior de la **Persona Inscrita**, según corresponda. Los reclamos solo pueden presentarse por **Tratamientos** brindados durante el **Período de Cobertura**, y el **Beneficio** estará disponible únicamente para los gastos realizados antes del vencimiento o de la finalización de la cobertura.

Toda **Persona Inscrita** debe, sin retraso alguno, notificarnos por escrito sobre cualquier reclamo o derecho de acción dirigido a cualquier tercero, que sea consecuencia de circunstancias que originaron un reclamo conforme a esta **Póliza**; asimismo, debe mantenernos continuamente informados por escrito y seguir todos los pasos razonablemente necesarios para presentarle el reclamo a la otra parte. **Nosotros** tendremos derecho a tomar medidas

legales en nombre de cualquier **Persona Inscrita** en **Nuestro** propio **Beneficio**, y también efectuar reclamos de indemnizaciones, de daños o de otro tipo, relacionados con los **Beneficios** y los costos pagados o pagaderos conforme a esta **Póliza**. **Nosotros** nos manejaremos con absoluta discreción en el desarrollo de los procedimientos y en el pago de los reclamos.

Todos los reclamos deben enviarse a la siguiente dirección:

Aetna Global Benefits
P.O. Box 30545
Tampa, FL 33630-3548
USA

Número gratuito: 1 866 545 3252

Llamadas directas: +1 813 775 0220

Fax: 1 860 262 9211

Correo electrónico: AmericasServices@aetna.com

Procedimiento para la Presentación de Quejas:

Nuestro objetivo es ofrecer un nivel de servicio de primera clase de manera continua. Sin embargo, es posible que existan ocasiones en las que **Usted** sienta que este objetivo no se ha logrado. En caso de tener alguna queja con respecto a esta **Póliza** de seguros, escribáanos a la siguiente dirección:

Goodhealth Worldwide (Global) Limited
c/o Aetna Global Benefits
P.O. Box 30545
Tampa, FL 33630
USA

Número gratuito: 1 866 545 3252

Llamadas directas: +1 813 775 0220

Fax: 1 860 262 9211

Correo electrónico: AmericasServices@aetna.com

AETNA GLOBAL BENEFITS®

Aetna Global Benefits® es una marca registrada de Aetna Inc. de los Estados Unidos y la Unión Europea. Aetna® es marca registrada de Aetna Inc. y está protegida por tratados y registros de marcas comerciales en todo el mundo.

Las pólizas expedidas en América Latina y en el Caribe son emitidas y administradas por Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits.

No se ofrece ninguna garantía ni declaración, ya sea explícita o implícita, de que la información contenida en el presente documento sea exacta o esté completa. Consecuentemente, esta información es proporcionada solo a modo de orientación. Usted tiene la obligación de verificar la información que aparece más arriba antes de actuar basándose en ella. Por ende, usted no debe fiarse de dicha información y debe buscar su propio asesoramiento legal independiente. Nosotros no seremos responsables de ningún daño ni de ninguna pérdida que sea resultado, directo o indirecto, del uso que usted haga de la información y de los materiales contenidos en el presente documento.

Aetna no proporciona atención ni garantiza acceso a servicios de salud. No todos los servicios de salud están cubiertos. La información sobre salud que brindan los programas es general y no sustituye el diagnóstico o el tratamiento suministrado por un profesional de la salud. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Aunque creemos que esta información es correcta en la fecha de elaboración, está sujeta a cambios. Para obtener más detalles, visite www.goodhealthamericas.com.

©2011 Aetna Inc.

