

Patriot Exchange ProgramSM

Certificado de Seguro



AVISO IMPORTANTE SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y ATENCIÓN ASEQUIBLE (PPACA):
Este seguro no está sujeto a la PPACA ni proporciona los beneficios requeridos por la misma. El 1 de enero de 2014, la PPACA exige a los ciudadanos de los Estados Unidos, a los nacionales de los Estados Unidos y a los extranjeros residentes que obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de la misma. Se pueden imponer sanciones a las personas que estén obligadas a mantener una cobertura que cumpla con la PPACA y no lo hagan.

La elegibilidad para adquirir o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede ser modificada o enmendada en base a los cambios en la ley aplicable, incluyendo PPACA. Tenga en cuenta que es su responsabilidad exclusiva determinar si la PPACA es aplicable a usted y la Compañía e IMG no tendrán responsabilidad alguna, incluyendo las sanciones en las que pueda incurrir, por no obtener la cobertura requerida por la PPACA.

Indice de Contenidos

Resumen de beneficios	1
A. Resumen de beneficios	5
B. Contrato.....	5
C. Condiciones y disposiciones generales.....	5
D. Elegibilidad	12
E. Requisitos de precertificación.....	12
F. Organización de Proveedores Preferidos de Estados Unidos (PPO).....	13
G. Gastos médicos elegibles.....	14
H. Fallecimiento accidental y desmembramiento.....	15
I. Visita de familiar	16
J. Evacuación médica de emergencia.....	16
K. Reunión de emergencia	17
L. Viaje ocasional	18
M. Evacuación y repatriación política	18
N. Emergencia de salud pública	18
O. Repatriación de restos mortales.....	19
P. Exclusiones	19
Q. Definiciones.....	23

RESUMEN DE BENEFICIOS

Límite de cobertura / Importe Máximo de los Gastos Médicos Elegibles	
Certificado Período de Cobertura	Límite Máximo: 365 días
Límite Máximo	\$5,000,000
Límite por enfermedad o lesión	Consulte la póliza (\$100.000 - \$250.000 - \$500.000)
Los límites por enfermedad o lesión se acumulan para el Límite Máximo.	
Área de Cobertura	En todo el mundo, excluyendo el país de residencia
Deducible por Gastos Médicos Elegibles	
Deducible	Consulte la póliza (\$0 - \$100 - \$250 - \$500)
<ul style="list-style-type: none"> Por enfermedad o lesión 	
<ul style="list-style-type: none"> Copago en el Centro de Salud para Estudiantes No está sujeto al Deducible por Enfermedad/Lesión 	\$5
Coaseguro por Gastos Médicos Elegibles	
Coaseguro	El Plan paga el 100%
<ul style="list-style-type: none"> Además del Deducible 	La persona asegurada paga 0%
Pre-certificación	
<ul style="list-style-type: none"> Traslado de ambulancia entre centros: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de precertificación. Evacuación médica: No hay cobertura si no es aprobada por la Compañía. Consulte la disposición de EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA para conocer los requisitos completos y la cobertura. Todos los demás tratamientos y suministros: reducción del cincuenta por ciento (50%) de los gastos médicos admisibles si no se cumplen los requisitos de precertificación. Sanción máxima: 1.000 \$. El deducible se aplica después de la reducción. El coaseguro se aplica al resto del importe reducido. Consulte la cláusula de requisitos de precertificación para obtener una lista completa de los servicios que requieren Pre-certificación.. 	
Condiciones Preexistentes	
<p>Los cargos resultantes directa o indirectamente de o relacionados con cualquier Condición Preexistente que haya existido dentro de los treinta y seis (36) meses anteriores a la Fecha de Efecto están excluidos hasta que la Persona Asegurada haya permanecido doce (12) meses con una cobertura continua bajo este seguro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Límite del Período de Cobertura (después de 12 meses): \$500 Límite Máximo: \$1,500 	
Servicios de hospitalización o ambulatorios	
Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los Gastos Médicos Elegibles se ajustan a los límites usuales, razonables y habituales por Período de Cobertura a menos que se indique un límite máximo	
Beneficio	Cobertura
Gastos Médicos Elegibles	100%
Visita del médico/especialista <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por día: 1 (a menos que la visita sea para una especialidad médica/quirúrgica diferente) 	100%
Atención de Urgencia <ul style="list-style-type: none"> No sujeta a Deducible Copago: \$50 El copago no es aplicable si la póliza establece un Deducible de \$0 	100%

Servicios de hospitalización o ambulatorios

Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario

Los Gastos Médicos Eligibles se ajustan a los límites usuales, razonables y habituales por Período de Cobertura a menos que se indique un límite máximo

Beneficio	Cobertura
Clínica sin cita previa <ul style="list-style-type: none"> No sujeta a Deducible Copago: \$20 El copago no es aplicable si la póliza establece un Deducible de \$0 	100%
Urgencias del hospital <ul style="list-style-type: none"> Lesión: No está sujeta al deducible de la sala de emergencias Enfermedad: Sujeto a un Deducible de \$250 por cada visita a la Sala de Emergencia para un Tratamiento que no resulte en una admisión directa al Hospital. 	100%
Hospitalización / Alojamiento y comida <ul style="list-style-type: none"> Tarifa media de la habitación semiprivada Incluye servicios de enfermería, varios y auxiliares 	100%
Cuidados intensivos	100%
Visita de familiar <ul style="list-style-type: none"> No sujeta a Deducible Límite Máximo: \$1,500 Hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos consulte la cláusula de visita de familiar 	100%
Cirugía ambulatoria / Instalación Hospitalaria	100%
Laboratorio	100%
Radiología / X-ray	100%
Pruebas de admisión	100%
Cirugía	100%
Cirugía reconstructiva <ul style="list-style-type: none"> La cirugía es accesoria o posterior a una cirugía cubierta por el plan 	100%
Cirujano asistente <ul style="list-style-type: none"> 20% de los honorarios elegibles del cirujano principal 	100%
Anestesia	100%
Equipamiento Médico Duradero	100%
Atención quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Requiere autorización médica o un plan de tratamiento 	100%
Fisioterapia <ul style="list-style-type: none"> Máximo de Visitas por día: 1 Requiere autorización médica o un plan de tratamiento 	100%
Centro de cuidados prolongados <ul style="list-style-type: none"> Tras el traslado directo desde un hospital de cuidados intensivos 	100%
Cuidados de enfermería a domicilio <ul style="list-style-type: none"> Proporcionado por una agencia de asistencia sanitaria a domicilio Tras el traslado directo desde un hospital de cuidados intensivos 	100%

Fármacos y medicamentos con receta Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por Período de Cobertura	
Beneficio	Cobertura
El siguiente límite de Fármacos y Medicamentos con Receta durante el período de cobertura se acumula para el Límite Máximo	
Fármacos y medicamentos con receta <ul style="list-style-type: none"> • Obtenidos a través de la farmacia minorista, la cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios, las urgencias y las consultas externas • Máximo de dispensación para la farmacia minorista: 90 días por prescripción 	Límite del periodo de cobertura: \$250,000 por persona 100%
Mental o nervioso / abuso de sustancias Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo	
Hospitalización mental o nerviosa / abuso de sustancias <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$10,000 • No está cubierto si se produce en el Centro de Salud para Estudiantes 	100%
Consulta externa mental o nerviosa / abuso de sustancias <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo por día: \$50 • Límite máximo: \$500 • No está cubierto si se produce en el Centro de Salud para Estudiantes 	100%
Servicios de emergencia NO Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo	
Ambulancia local de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a Deducible • Lesiones • Enfermedad que ha dado lugar a un ingreso en el hospital 	100%
Evacuación médica de urgencia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$50,000 • Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Compañía 	100%
Reunión de emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$15,000 • Máximo de días: 15 • Comida máxima por día: \$25 • Gastos de viaje y alojamiento razonables y necesarios • Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Compañía 	100%
Traslado en ambulancia entre centros <ul style="list-style-type: none"> • Hasta el límite por lesión o enfermedad • Servicios prestados en Estados Unidos • El traslado debe ser consecuencia de un ingreso hospitalario 	100%

Servicios de emergencia																
NO Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo																
Benefit	Coverage															
Evacuación y repatriación política <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$10,000 • Debe ser aprobado previamente por la Compañía 	100%															
Repatriación de los restos mortales <ul style="list-style-type: none"> • Límite máximo: \$25,000 • Entierro local / incineración en el lugar del fallecimiento. Límite Máximo: \$5,000 • Retorno de los restos mortales de la persona asegurada al país de residencia • Debe ser aprobado previamente por la Compañía 	100%															
Otros Servicios																
NO Sujeto a Deducible a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los límites usuales, razonables y habituales Límites por periodo de cobertura, salvo que se indique como límite máximo																
Fallecimiento accidental y desmembramiento <ul style="list-style-type: none"> • Suma máxima Principal: \$25,000 • El fallecimiento debe producirse en los 90 días siguientes al accidente 	Fallecimiento Accidental: 100% de la suma principal															
	Desmembramiento Accidental: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Pérdida</u></th> <th style="text-align: right;"><u>Porcentaje de la suma Principal</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vista de 1 ojo</td> <td style="text-align: right;">50%</td> </tr> <tr> <td>1 mano o 1 pie</td> <td style="text-align: right;">50%</td> </tr> <tr> <td>1 mano y pérdida de visión de 1 ojo</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>1 pie y pérdida de visión de 1 ojo</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>1 mano y 1 pie</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>Ambas manos o pies</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> <tr> <td>Vista de ambos ojos</td> <td style="text-align: right;">100%</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Pérdida</u>	<u>Porcentaje de la suma Principal</u>	Vista de 1 ojo	50%	1 mano o 1 pie	50%	1 mano y pérdida de visión de 1 ojo	100%	1 pie y pérdida de visión de 1 ojo	100%	1 mano y 1 pie	100%	Ambas manos o pies	100%	Vista de ambos ojos
<u>Pérdida</u>	<u>Porcentaje de la suma Principal</u>															
Vista de 1 ojo	50%															
1 mano o 1 pie	50%															
1 mano y pérdida de visión de 1 ojo	100%															
1 pie y pérdida de visión de 1 ojo	100%															
1 mano y 1 pie	100%															
Ambas manos o pies	100%															
Vista de ambos ojos	100%															
Tratamiento Dental <ul style="list-style-type: none"> • Límite del periodo de cobertura: \$350 (Tratamiento debido a un dolor inesperado en los dientes sanos y naturales) • Período de cobertura Límite por lesión: \$500 (Tratamiento no urgente en un proveedor dental debido a un accidente) 	100%															
Lesión dental traumática <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a deducible y coaseguro • Hasta el límite máximo • Tratamiento en un hospital por accidente • El tratamiento adicional por la misma lesión, prestado por un proveedor dental, se pagará al 100%. 	100%															
Viaje ocasional <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de días: 14 • El país de residencia está fuera de Estados Unidos • Consulte la cláusula de VIAJE OCASIONAL para más detalles 	100%															
Terrorismo <ul style="list-style-type: none"> • Límite Máximo: \$50,000 	100%															

- A. RESUMEN DE BENEFICIOS:** Sujeto a los Términos de este seguro, incluyendo la cláusula del CONTRATO, los siguientes beneficios están disponibles para la persona asegurada mientras esté fuera de su País de Residencia y la cobertura está disponible para la persona asegurada derivada de una Lesión o Enfermedad sufrida mientras está en el País de Destino.
- B. CONTRATO:** Sirius Specialty Insurance Corporation (publ) (la Compañía) promete y se compromete a proporcionar a la Persona Asegurada los beneficios descritos en la Póliza Master, como se indica en este documento y cuya cobertura es certificada por la Compañía. La Compañía hace esta promesa y acuerdo en consideración a la Solicitud del Asegurado, la exactitud y veracidad de la Solicitud de la Persona Asegurada y el pago de la Prima, y sujeto a todos los Términos de la Póliza Master, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional. La Póliza Master es efectiva a partir del 15 de marzo de 2021 y permanecerá en efecto hasta que finalice de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER. Este Certificado entrará en vigor a partir de la Fecha Efectiva de Cobertura que aparece en la Declaración y permanecerá en vigor hasta que finalice de acuerdo con la disposición de CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS. Este Certificado no forma parte del contrato de seguro. El contrato es la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración (dicho seguro se denomina aquí "este seguro" o "el plan") y cualquier cláusula adicional aplicable. El presente Certificado no es más que una descripción y prueba de los derechos y beneficios de la persona asegurada en virtud del contrato. La Declaración es igualmente una prueba de la cobertura bajo el contrato y una declaración de la Fecha de Vigencia de la Cobertura, sujeta siempre a los Términos de cobertura contenidos en el contrato. La Compañía reconoce por este medio a International Medical Group®, Inc. como representante autorizado de la Compañía y como Administrador del Plan de la Póliza Master y de este Certificado. Sujeto a los términos de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, SERVICIO DE LA DEMANDA; LUGAR; ELECCIÓN DE LA LEY; JUICIO POR EL TRIBUNAL, todas las comunicaciones, notificaciones y pagos a la Compañía que se requieran o se permitan en virtud de la Póliza Master y/o como se describe en este Certificado se transmitirán a través del Administrador del Plan, y la recepción de los mismos por parte del Administrador del Plan se considerará como recepción por parte de la Compañía. AVISO DE LÍNEAS EXCEDENTES: Este seguro se emite de acuerdo con la ley de líneas excedentes aplicable. Las personas aseguradas por las compañías de líneas excedentes no tienen la protección de las leyes estatales de Garantía de Seguros en la medida de cualquier derecho de recuperación de la obligación de un asegurador insolvente sin licencia.
- C. CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES:** Los siguientes Términos son condiciones precedentes a la responsabilidad de la Compañía bajo el seguro proporcionado a la Persona Asegurada de acuerdo con los Términos de este seguro:
- (1) **CONTRATO COMPLETO:** La Póliza Master, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional, constituirán el contrato completo entre la Compañía, el Asegurado y la Persona Asegurada. Este Certificado es un resumen y evidencia del seguro provisto por la Póliza Master. Este Certificado no extiende o cambia la cobertura provista por la Póliza Master. El seguro evidenciado por este Certificado está sujeto a todos los Términos de la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional.
- (2) **PRIMA:** El pago de la Prima requerida se remitirá a la Compañía:
- (a) en o antes de la(s) Fecha(s) de Vencimiento especificada(s) en la Declaración,
- (b) en o antes de cualquier fecha de renovación sujeta a las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, RENOVACIÓN; DISPOSICIÓN DE MODIFICACIÓN.
- (3) **NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES:** Todas las reclamaciones y la información relacionada con las mismas deben presentarse a la Compañía a través del Administrador del Plan en la información de contacto que figura a continuación, o en línea en www.imglobal.com/member tan pronto como sea posible:

International Medical Group, Inc.

Attn: Claims Department

PO Box 9162

Farmington Hills, MI 48333-9162

USA

Prueba de reclamación: Cuando la persona asegurada reciba un tratamiento o la compañía reciba la notificación de una reclamación de beneficios en virtud de este seguro, la persona asegurada deberá presentar un formulario de reclamación de International Medical Group (IMG) como componente necesario de la prueba de reclamación. El formulario de reclamación de IMG puede obtenerse en la biblioteca de formularios del sitio web de IMG en www.imglobal.com o completarse en línea a través del portal de clientes MyIMG.

- (a) Una Prueba de Reclamación no será efectiva y no satisfará los Términos de este seguro a menos que incluya todo lo siguiente:
- (i) un Formulario de Reclamación IMG debidamente cumplimentado, presentado a tiempo y firmado para cada nueva Enfermedad, diagnóstico o Lesión, a menos que la Compañía renuncie a dicho requisito por escrito,
- (ii) una Autorización de Divulgación de Información Médica cuando sea solicitada específicamente por IMG,
- (iii) todos los Formularios de Facturación Universal originales, las facturas y las declaraciones de los servicios

prestados por los Médicos, Hospitales y otros proveedores de servicios sanitarios o médicos implicados con respecto a la reclamación,

- (iv) todos los recibos originales de los costes, medicamentos recetados, honorarios o gastos en los que se haya incurrido o que se hayan pagado por la persona asegurada, o en su nombre, con respecto a las reclamaciones, incluyendo, sin limitación, todos los recibos originales de cualquier pago en efectivo y/o con tarjeta de crédito. En los recibos deben figurar el nombre completo, la dirección, el número de teléfono (incluido el código de área/país) del proveedor del servicio, la fecha del servicio, la descripción del servicio (códigos de procedimiento aplicables) y los códigos de diagnóstico,
 - (v) Si las reclamaciones se presentan en línea, se aceptan copias digitales de los elementos anteriores; sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar los documentos originales.
- (b) La persona asegurada y/o el Médico, el Hospital y otros proveedores de servicios médicos y de atención sanitaria dispondrán de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que se produzca una reclamación para presentar una Prueba de Reclamación completa. La Compañía, a su discreción, podrá aplazar la resolución y adjudicación de las reclamaciones presentadas y/o puede denegar la cobertura debido a cualquiera de los siguientes motivos:
- (i) La recepción por parte de IMG de una Prueba de Reclamación incompleta,
 - (ii) La no presentación de cualquier prueba de reclamación,
 - (iii) la no presentación a tiempo de la prueba de reclamación por parte de la persona asegurada, el médico o el hospital.
- (c) La Compañía puede requerir a la persona asegurada que firme una Autorización de Divulgación de Información Médica para solicitar registros médicos en su nombre o suministrarlos documentación adicional si no podemos hacer una determinación de beneficios basada en la Prueba de Reclamación presentada. La persona asegurada y/o el médico, el hospital y otros proveedores de servicios médicos y de atención sanitaria tendrán sesenta (60) días a partir de la fecha de la solicitud para presentar la información solicitada. Si la información no se recibe dentro del plazo designado, se denegarán las reclamaciones presentadas anteriormente y las posteriores.

- (4) **RECURSO DE LA RECLAMACIÓN:** En caso de que la Compañía deniegue total o parcialmente una reclamación, la persona Asegurada dispondrá de noventa (90) días a partir de la fecha de envío de la notificación de denegación a la última residencia o dirección postal conocida de la persona asegurada para apelar la determinación. La persona asegurada debe presentar una apelación antes de iniciar cualquier acción legal en virtud del contrato de seguro. La persona asegurada debe presentar una solicitud de apelación por escrito junto con los comentarios, todos los documentos relevantes, pertinentes o relacionados, los registros médicos y otra información relacionada con la reclamación.

El recurso debe enviarse a:

International Medical Group, Inc.

Attn: Benefit Review

2960 N. Meridian Street

Indianapolis, IN 46208

USA

La revisión de la Compañía tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por la persona asegurada en relación con la reclamación, sin tener en cuenta si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de la reclamación. Al recibir una apelación por escrito, la Compañía tendrá la oportunidad de realizar una investigación y/o revisión adicional razonable, según lo establecido en la disposición **CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, EXPLICACIÓN O VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS**, y responderá por escrito tan pronto como sea razonablemente posible, y en cualquier caso dentro de los noventa (90) días siguientes a su recepción.

- (5) **ASIGNACIÓN, CAMBIO O RENUNCIA:** A pesar de cualquier ley, estatuto, decisión judicial o norma en contrario que pueda ser o pretender ser aplicable dentro de la jurisdicción, localidad o estado del foro de cualquier proveedor de servicios médicos o de salud, ninguna transferencia o cesión de cualquiera de los derechos, beneficios o intereses de persona asegurada en virtud de este seguro será válida, vinculante o exigible a la Compañía o al Administrador del Plan, a menos que la Compañía lo haya acordado y consentido expresamente por escrito. Cualquier transferencia o cesión pretendida que no cumpla con los Términos anteriores será nula ab initio y sin efecto contra la Compañía o el Administrador del Plan, y la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad de ningún tipo bajo este seguro con cualquier pretendido cesionario o transferido con respecto al mismo. Los Términos de la Póliza Master, tal y como se evidencian en este Certificado, no podrán ser renunciados ni modificados salvo acuerdo expreso y por escrito de la Compañía.
- (6) **NOTIFICACIÓN DE LA DEMANDA; LUGAR; ELECCIÓN DE LA LEY; JUICIO POR EL TRIBUNAL:** Una persona asegurada no puede emprender ninguna acción legal o de equidad para recuperar el contrato de seguro antes de lo que ocurra más tarde: (a) la expiración de sesenta (60) días después de la presentación de la Prueba de Reclamación por escrito de acuerdo con el contrato de seguro, o (b) el agotamiento de un (1) recurso en virtud de la cláusula de **CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, APELACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN** anterior. Ninguna acción en

derecho o en equidad puede ser iniciada después de la expiración de tres (3) años después del momento en que la Prueba de Reclamación escrita es requerida para ser proporcionada bajo el contrato de seguro. El contrato de seguro entre la Persona Asegurada y la Compañía, representado por la Póliza Master y evidenciado por este Certificado, se considerará emitido, finalizado y realizado en Indianápolis, Indiana. La jurisdicción única y exclusiva para cualquier acción judicial o procedimiento administrativo relacionado con este seguro será en el Condado de Marion, Indiana, para lo cual la Persona Asegurada consiente expresamente. Los sujetos, riesgos y beneficios del seguro cubiertos por la Póliza Master y evidenciados por este Certificado no están destinados ni son considerados por la Persona Asegurada o la Compañía (o el Administrador del Plan) como residentes, ubicados o realizados en ningún Estado particular de los Estados Unidos. La ley de líneas excedentes de Indiana regirá todos los derechos y reclamaciones planteados en virtud de este Certificado de Seguro.

En caso de que la Compañía no proporcione los beneficios o pague o reembolse cualquier cantidad que se reclame como debida bajo este seguro, la Compañía, a petición de la Persona Asegurada y tras la recepción de un proceso o citación legal, se someterá a la jurisdicción de un tribunal con jurisdicción competente en la materia ubicado en el Condado de Marion, Indiana, siempre que exista una base estatutaria y constitucional independiente para la jurisdicción in personam sobre la Compañía en dicho tribunal y por dicho Estado del foro. La Compañía y la persona asegurada aceptan la jurisdicción personal y el lugar de celebración en los Tribunales de Distrito y/o Superior del Condado de Marion, Indiana, y en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Sur de Indiana, División de Indianápolis (suponiendo que la jurisdicción federal sea de otro modo apropiada y legal). Todos los juicios relativos a cualquier disputa en virtud de este seguro se presentarán exclusivamente ante el tribunal como juez de los hechos, sin jurado, y serán determinados por éste. La Compañía se reserva el derecho, actuando por y a través del Administrador del Plan, de iniciar y proseguir acciones para obtener una sentencia declaratoria y/u otra reparación apropiada con respecto a la validez, el efecto vinculante, la administración de y/o cualquier disputa o controversia que surja bajo este seguro. En cualquier juicio instituido por o contra la Compañía o la Persona Asegurada de acuerdo con los términos de esta disposición, la Compañía y la Persona Asegurada acatarán la decisión final de dicho tribunal de Indiana o de cualquier tribunal de apelación en caso de que se presente una apelación.

Nada de lo dispuesto en esta cláusula constituye o debe considerarse, o entenderse como una renuncia a los derechos de la Compañía o de la persona asegurada a: (i) oponerse al lugar de celebración, a la elección procesal y/o sustantiva de la ley, a la jurisdicción personal o a la jurisdicción de la materia en cualquier foro que no sea el Tribunal de Distrito o el Tribunal Superior del Condado de Marion, Indiana, o el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Sur de Indiana, División de Indianápolis (suponiendo que la jurisdicción federal sea de otro modo apropiada y legal), (ii) iniciar una acción en cualquier tribunal de jurisdicción competente dentro o fuera de los Estados Unidos, (iii) trasladar una acción a un Tribunal de Distrito de los Estados Unidos, o (iv) solicitar la transferencia de un caso a otro tribunal o foro según lo permitan las leyes de dicho foro o las leyes de los Estados Unidos o de cualquier Estado de los Estados Unidos, según corresponda. Todos estos derechos están expresamente reservados y retenidos.

Sujeto a, y sin limitar, ampliar, sustituir, modificar o renunciar a cualquiera de los Términos anteriores contenidos en esta disposición de acuerdo con cualquier estatuto de cualquier Estado, territorio o distrito de los Estados Unidos que lo disponga, la Compañía designa por la presente al Superintendente, Comisionado o Director de Seguros (o cualquier otro funcionario especificado a tal efecto en el estatuto), o a su sucesor o sucesores en el cargo, como su verdadero y legítimo apoderado, en virtud de un poder especial, a quien se puede notificar cualquier proceso legal emitido en relación con el inicio de cualquier acción, pleito o procedimiento instituido por o en nombre de la persona asegurada que surja de este seguro, incluyendo específicamente al Comisionado de Seguros del Departamento de Seguros de Indiana, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianápolis, IN 46204, y por la presente designa y nombra a John P. Dearie, Jr, Esq., Locke Lord, LLP, Brookfield Place, 200 Vesey Street, 20th Floor, New York, New York 10281-2101, como su apoderado y agente para la notificación del proceso a quien dicho funcionario o Comisionado está autorizado a enviar por correo o notificar dicho proceso o una copia fiel del mismo.

Sólo para residentes de Florida: Si surge alguna disputa bajo los Términos y Condiciones de este Certificado, dicha disputa puede ser referida a arbitraje de acuerdo con los procedimientos de la Asociación Americana de Arbitraje. Dicho arbitraje se llevará a cabo dentro de las cincuenta (50) millas de la residencia de la Persona Asegurada, y la Compañía pagará los gastos y honorarios (sin incluir los honorarios de los abogados) del procedimiento que excedan los quinientos dólares (\$500.00).

- (7) **SANCIONES ECONÓMICAS:** La Compañía no cubrirá a ninguna persona como Persona Asegurada si dicha cobertura pudiera dar lugar a que la Compañía quedara expuesta a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.
- (8) **TERGIVERSACIÓN:** Cualquier representación falsa, información incompleta, declaración engañosa, declaración errónea, omisión, ocultación o fraude, sea o no inocente, ya sea en la Solicitud de la persona asegurada que forma parte de la Póliza Master y este Certificado, o en relación con cualquier formulario de reclamación, declaración, certificación o garantía hecha por la persona asegurada o sus representantes, agentes o apoderados, ya sea por escrito o de otro modo, a la Compañía o al Administrador del Plan o a sus respectivos agentes, empleados o representantes, o en relación con la presentación de cualquier reclamación en virtud de este seguro, hará que la Declaración y este Certificado sean nulos y que todas las reclamaciones y beneficios en virtud de este seguro se pierdan y renuncien.
- (9) **INSOLVENCIA:** La insolvencia, la quiebra, el deterioro financiero, la suspensión de pagos, el concurso de acreedores voluntario o la disolución del Asegurado o de cualquier Persona Asegurada no impondrá a la Compañía ninguna

responsabilidad u obligación distinta de la específicamente incluida en este seguro.

(10) CLAUSULA DE SUBROGACIÓN: La persona asegurada se compromete a perseguir en su propio nombre y representación, y a cooperar plenamente con la Compañía en la persecución y el enjuiciamiento de todas y cada una de las reclamaciones válidas que La persona asegurada pueda tener contra cualquier tercero que pueda ser responsable de cualquier pérdida o daño que surja de cualquier acto, omisión u ocurrencia que resulte o pueda resultar en el pago de una pérdida, la provisión de beneficios, o la cobertura de una reclamación por parte de la Compañía bajo este seguro, y a rendir cuentas a la Compañía de cualquier cantidad recuperada o recuperable en relación con la misma, sobre la base de que la Compañía será reembolsada y tendrá derecho a recuperar primero en su totalidad cualquier cantidad pagada o que deba ser pagada por ella antes de que la persona asegurada participe en cualquier cantidad así recuperada, independientemente de que la persona asegurada haya sido restablecida o haya sido totalmente indemnizada por sus lesiones.

La persona asegurada también acepta y entiende que la Compañía requiere que la persona asegurada complete un cuestionario de subrogación, firme un reconocimiento de los derechos de subrogación de la Compañía y firme un acuerdo antes de que la Compañía considere pagar, o continúe pagando, cualquier reclamación. Si la persona asegurada no coopera, no rinde cuentas, o no procesa cualquier reclamación válida contra cualquiera de dichas terceras partes, y la Compañía a partir de entonces o de otra manera se hace responsable o está obligada a hacer el pago bajo los términos de este seguro, entonces la Compañía se subrogará completamente en todos los derechos e intereses de la persona asegurada con respecto a ello y podrá procesar dichas reclamaciones en su propio nombre como subrogada.

La presentación de la Prueba de Reclamación por parte de la persona asegurada o la aceptación de la cobertura o beneficios bajo este seguro se considerará como una autorización, consentimiento y cesión de dichos derechos de subrogación por parte de la persona asegurada a la Compañía. La persona asegurada acepta que la Compañía tiene un interés de propiedad garantizado en cualquier producto de la liquidación que la persona asegurada reciba o tenga derecho a recibir.

La persona asegurada entiende y acepta que la Compañía tiene derecho a un interés fiduciario constructivo en el producto de cualquier acuerdo o recuperación. La persona asegurada se compromete a incluir a la Compañía como co-pagador en cualquier cheque de liquidación o cheque de cualquier tercero o asegurador. La persona asegurada se compromete a no liberar a ninguna parte o a sus asegurados sin la aprobación previa por escrito de la Compañía, y a no tomar ninguna medida que perjudique los derechos de la Compañía.

La persona asegurada está obligada a informar a su representante legal de los derechos y el derecho de retención de la Compañía y a no hacer ninguna distribución de cualquier acuerdo o sentencia que de alguna manera resulte en que la Compañía reciba menos de la cantidad total de su derecho de retención sin la aprobación por escrito de la Compañía. Cualquier cantidad recuperada por la Compañía de acuerdo con lo anterior se utilizará en primer lugar para pagar la totalidad de los costes y gastos de cobro en los que haya incurrido la Compañía, incluidos los honorarios razonables de los abogados, y para el reembolso a la Compañía de cualquier cantidad que haya pagado o esté obligada a pagar en virtud de este seguro. Cualquier cantidad restante recuperada se pagará a la persona asegurada o a otras personas con derecho a ello, según corresponda. En el caso de que la persona asegurada reciba cualquier forma o tipo de liquidación y no cumpla o se niegue a cumplir con los términos de este contrato de seguro, además de cualquier otro recurso que pueda tener la Compañía, ésta se reserve el derecho de compensación equitativa contra futuras reclamaciones.

(11) OTROS SEGUROS: La Compañía no será responsable ni estará obligada a proporcionar ninguna cobertura o prestación, ni a pagar o reembolsar ninguna reclamación en virtud de este seguro, si existe algún otro seguro, prestación de afiliación, programa de cobertura de compensación de trabajadores o del lugar de trabajo u otro programa gubernamental, cobertura de reembolso o indemnización, derecho de contribución, recuperación o cobro, contrato, o cualquier otra obligación o responsabilidad de terceros para la provisión de beneficios ("Otra Cobertura") que estaría, o estaría de no ser por la existencia de este seguro, disponible u obligada a proporcionar dicho beneficio o a pagar o reembolsar o proporcionar indemnización por dicha reclamación, excepto con respecto a cualquier exceso más allá de la cantidad pagadera o proporcionada bajo dicha Otra Cobertura si este seguro no se hubiera efectuado. No obstante lo anterior, la Compañía no será responsable ni estará obligada a proporcionar ningún beneficio o a pagar o reembolsar ninguna reclamación para cualquier Persona Asegurada con respecto al Tratamiento o suministros proporcionados por cualquier programa o agencia financiada por cualquier gobierno o autoridad gubernamental.

(12) CANCELACIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA: La persona asegurada dispondrá de tres (3) días a partir de la Fecha Inicial de Vigencia de la Cobertura (el "Período de Revisión") para revisar los beneficios, condiciones, limitaciones, exclusiones y todos los demás Términos de la Póliza Master, tal como se evidencian y describen en este Certificado. Si no está completamente satisfecho, la persona asegurada puede solicitar la cancelación de este seguro con carácter retroactivo a la fecha de entrada en vigor inicial de la cobertura, enviando una solicitud por escrito a la Compañía por correo electrónico, correo postal o fax y recibida por la Compañía dentro del período de revisión, con lo que tendrá derecho a recibir el reembolso total de la prima pagada. Una vez efectuada dicha cancelación y reembolso, ni la Compañía ni la persona asegurada tendrán más derechos, responsabilidades u obligaciones en virtud de este seguro. Después del Período de Revisión, se aplican las siguientes condiciones si la persona asegurada desea cancelar este seguro:

- (a) Si ha presentado alguna reclamación a la Compañía, la prima se ha devengado en su totalidad y no es reembolsable,
- (b) Si no se ha presentado ninguna reclamación a la Compañía:
 - (i) se cobrará una tasa de cancelación de cincuenta dólares (50,00 USD), y
 - (ii) sólo son reembolsables las primas que cubren periodos de tiempo posteriores a la cancelación, y

(iii) sólo son reembolsables las primas de un mes completo.

- (13) **MONEDA APLICABLE:** Todos los importes de las prestaciones, la cobertura, los límites y sublímites monetarios y otros importes indicados en la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración, este Certificado y en cualquier Cláusula Adicional, incluida la Prima, están expresados en USD (dólares estadounidenses).
- (14) **COOPERACIÓN:** La persona asegurada y sus médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos y de atención sanitaria se comprometen a cooperar plenamente con la Compañía y el Administrador del Plan en la revisión, investigación, adjudicación, consideración de una apelación y/o administración de cualquier reclamación de beneficios en virtud de este seguro, incluyendo la concesión de pleno derecho de acceso a todos los registros relevantes, pertinentes o relacionados, la documentación médica, los historiales médicos, los informes, los resultados de laboratorio o de pruebas, las radiografías y todas las demás pruebas disponibles que se relacionen o afecten a la revisión, investigación, adjudicación o administración de la reclamación. La Compañía, a sus expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar todas las pruebas relacionadas con una reclamación cuando y con la frecuencia que razonablemente pueda requerir durante la tramitación de una reclamación en virtud del presente documento. La Compañía, a su discreción, puede suspender o posponer la adjudicación de una reclamación y/o puede denegar las prestaciones y/o la cobertura de una reclamación cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:
- (a) una negativa a cooperar,
 - (b) un retraso injustificado en dicha cooperación,
 - (c) cualquier otro acto u omisión por parte de la persona asegurada y/o de sus proveedores de asistencia sanitaria que obstaculice, retrase, perjudique o dificulte de cualquier otro modo el cumplimiento de las obligaciones de la Compañía en virtud de este seguro.
- (15) **LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS:** Las reclamaciones elegibles y cubiertas por Gastos Médicos Elegibles u otros beneficios bajo este seguro que hayan sido previamente pagados por o en nombre de la Persona Asegurada al momento de la adjudicación favorable de la Compañía, serán reembolsados por la Compañía directamente a la Persona Asegurada, por cheque, en su última residencia o dirección postal conocida. Durante la vigencia de este seguro, y con el fin de efectuar una correcta administración, la persona asegurada se comprometerá a notificar a la Compañía con prontitud cualquier cambio en dichas direcciones. Las reclamaciones elegibles y cubiertas por Gastos Médicos Elegibles u otros beneficios bajo este seguro que no hayan sido pagados por o en nombre de la Persona asegurada en el momento de la adjudicación, serán pagadas por la Compañía mediante cheque o transferencia electrónica de fondos a la Persona asegurada en su última residencia o dirección postal conocida, o a criterio y discreción exclusivo de la Compañía (pero sin obligación de hacerlo), y como un acomodo a la Persona asegurada, directamente al proveedor(es), según corresponda. Todas las liquidaciones de siniestros, pagos y reembolsos están sujetos al plan de seguro que figura en la Declaración y a todas las demás Condiciones de este seguro. Ningún proveedor o suministrador de servicios médicos o de atención a la salud, o cualquier otro tercero, tendrá ningún interés directo o indirecto, reclamación o derecho de acción contra la Compañía bajo este Certificado, la Declaración o la Póliza Master, ya sea por supuesta cesión de beneficios, subrogación de intereses o de otra manera, a menos que primero sea expresamente acordado y consentido por escrito por la Compañía, y a pesar de que la Compañía ejerza o no ejerza cualquier opción o discreción bajo esta disposición con respecto al método de pago de la reclamación. Ningún proveedor, abastecedor u otro tercero tiene o tendrá derechos como tercero beneficiario bajo este Certificado, la Declaración o la Póliza Master.
- (16) **SINIESTROS FRAUDULENTOS:** La persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a la Compañía, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito. Si cualquier reclamación o solicitud de prestaciones en virtud de este seguro es, a sabiendas, falsa, incompleta, engañosa, oculta, fraudulenta o dolosa, o si la persona asegurada o cualquier persona que actúe en su nombre en virtud de este seguro utiliza, a sabiendas, cualquier declaración falsa, incompleta, engañosa, oculta, fraudulenta o dolosa en relación con la persona asegurada, el contrato de seguro y toda la cobertura en virtud del mismo pueden ser cancelados, anulados, rescatados y terminados por la Compañía a su criterio y discreción exclusivo, y la Compañía no tendrá ninguna obligación o responsabilidad por tales beneficios, cobertura o reclamaciones.
- (17) **ARBITRAJE:** Con la excepción de la opción de los residentes de Florida de someterse a arbitraje, ninguna reclamación de prestaciones cuya responsabilidad, elegibilidad o cobertura en virtud de este seguro haya sido denegada total o parcialmente por la Compañía, ni ninguna otra disputa o controversia que surja en virtud de este seguro o esté relacionada con él, será arbitrable o estará sujeta a arbitraje bajo ninguna circunstancia ni por ningún motivo.
- (18) **TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER:** La Póliza Master puede ser concluida en cualquier momento por la Compañía o por el Asegurado, dando un aviso por escrito a la otra parte y a la persona asegurada con al menos treinta (30) días de anticipación. Tal terminación no tendrá efecto sobre este Certificado antes de su fecha de terminación o sobre la cobertura o beneficios elegibles bajo este seguro acumulados antes de la misma. No se emitirán Certificados adicionales ni se aceptarán más Solicitudes para el plan después de la fecha de terminación de la Póliza Master.
- (19) **FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA PARA LOS ASEGURADOS:** La cobertura y los beneficios para la persona asegurada bajo este seguro terminarán a las 12:01 AM EST en la primera de las siguientes fechas:
- (a) el día siguiente a la finalización del periodo de cobertura para el que se ha pagado la prima completa y puntualmente,
 - (b) la fecha de finalización de la Póliza Master de acuerdo con la cláusula CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER,

- (c) la fecha de finalización que figura en la Declaración de este Certificado,
- (d) la fecha en que la Persona asegurada no cumple o deja de cumplir los requisitos de elegibilidad para este seguro, tal como se establece en la Póliza Master y se indica en este Certificado,
- (e) la fecha en que la persona asegurada regrese a su país de residencia, a menos que esté cubierto como un VIAJE OCASIONAL,
- (f) la fecha en que la Compañía, a su entera discreción, opte por cancelar de este plan a todas las personas aseguradas del mismo sexo, edad, clase o ubicación geográfica que la Persona asegurada, siempre y cuando la Compañía notifique por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación por correo a la última residencia o dirección postal conocida de la persona asegurada su intención de ejercer dicha opción,
- (g) la fecha de anulación especificada por la Compañía de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, cláusula ANULACIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA,
- (h) la fecha de anulación especificada por la Persona asegurada de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, cláusula RENOVACIÓN; MODIFICACIONES,
- (i) el día siguiente al plazo máximo previsto en las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, cláusula RENOVACIÓN; MODIFICACIONES,
- (j) la fecha especificada por la Compañía en cualquier notificación de cancelación, caducidad o rescisión emitida en virtud o como resultado de las circunstancias descritas en los apartados de FALSIFICACIÓN, RECLAMACIONES FRAUDULENTAS y DERECHO DE RECUPERACIÓN de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, o según lo permitido por las Condiciones de este seguro.

La cobertura de la persona asegurada permanecerá en pleno vigor y efecto a menos que se termine de conformidad con esta disposición, salvo que se disponga lo contrario en la Póliza Master, la Declaración o este Certificado.

(20) RENOVACIÓN; MODIFICACIONES: Sujeto a los términos de los apartados TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA MASTER y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS de las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, una Persona Asegurada cuyo Período de Cobertura inicial sea de al menos un (1) mes puede solicitar la renovación de la cobertura de este plan de seguro por un mínimo de cinco (5) días hasta alcanzar un máximo de cuarenta y ocho (48) meses continuos de acuerdo con y sujeto a los Términos del plan en vigor en ese momento (incluyendo los Términos de la Póliza Master aplicable en ese momento) y siempre que la Prima de renovación se pague a su vencimiento y la Persona Asegurada siga cumpliendo los requisitos de elegibilidad aplicables del plan.

El compromiso de la Compañía y la capacidad de renovación de la Persona asegurada también están sujetos a la finalización mediante una notificación por escrito a la otra parte con treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del Período de Cobertura existente en ese momento. La Compañía se reserva el derecho, a su criterio, de realizar cambios, adiciones y/o supresiones a los Términos de la Póliza Master, a este Certificado, renovaciones o reemplazos de cualquiera de ellos, y/o al plan de seguro (incluyendo la emisión de Cláusulas Adicionales para efectuar las mismas) en cualquier momento o de vez en cuando después de la Fecha de Vigencia de la Cobertura de este Certificado, con una notificación escrita de no menos de treinta (30) días de anticipación al Asegurado y a la Persona asegurada ("Notificación de Enmienda"). La Notificación de Enmienda incluirá una descripción completa de los cambios, adiciones y/o eliminaciones que se harán, la fecha efectiva de los mismos (la "Fecha de Cambio"), y la notificación de los derechos de cancelación de la Persona Asegurada como se establece a continuación, y será enviada por correo de primera categoría, con franqueo pagado, a la última residencia o dirección postal conocida de la Persona Asegurada. Tras la emisión de la Notificación de Enmienda, el Asegurado y/o la Persona Asegurada tendrán el derecho de solicitar la cancelación de este Certificado arriba mencionado en cualquier momento antes de la Fecha de Cambio; siempre y cuando la cancelación bajo esta disposición será a opción de la Persona Asegurada y la cobertura bajo este seguro terminará con efecto a partir de la fecha de cancelación especificada por la Persona Asegurada sujeta a las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS. Si la Persona Asegurada no opta por cancelar este Certificado de acuerdo con lo anterior, los cambios, adiciones y/o supresiones realizados por la Compañía y especificados en dicha Notificación de Enmienda entrarán en vigor a partir de la Fecha de Cambio especificada en la Notificación de la Compañía, y este seguro continuará a partir de entonces en efecto de acuerdo con sus Términos, así enmendados y modificados.

(21) DEFENSA DEL PACIENTE: Ni la Compañía ni el Administrador del Plan tendrán derecho, obligación o autoridad de ningún tipo para seleccionar en última instancia a los Médicos, Hospitales u otros proveedores de atención médica o de servicios de salud para la Persona Asegurada o para tomar cualquier decisión de Tratamiento médico para o en nombre de la Persona Asegurada, y todas esas decisiones serán tomadas única y exclusivamente por la Persona Asegurada y/o sus tutores, Parientes, Médicos tratantes y otros proveedores de atención médica. Sujeto a lo anterior, la Compañía puede determinar que una reclamación, beneficio, Tratamiento o diagnóstico particular que ocurra bajo o en relación con este seguro, puede ser incluido en el programa de "Defensa del Paciente" de la Compañía para asegurar que el Tratamiento y los suministros Médicamente Necesarios sean proporcionados de la manera más rentable. En el caso de que la Compañía determine que una reclamación, prestación, Tratamiento o diagnóstico cumple con las directrices del programa de Defensa del Paciente de la Compañía, ésta lo notificará a la Persona Asegurada tan pronto como sea razonablemente posible, y se le asignará un Defensor del Paciente. A partir de entonces, el Defensor del Paciente de la Compañía podrá hacer evaluaciones y/o recomendaciones de los parámetros de tratamiento y/o procedimientos y/o suministros que puedan ser más rentables para la Compañía y/o la persona asegurada. Dichas recomendaciones se harán con la participación de la

persona asegurada y/o sus tutores, familiares, médicos tratantes y/u otros proveedores de atención médica, y se harán sólo cuando se pueda demostrar razonablemente que el tratamiento y/o los suministros médicamente necesarios se pueden proporcionar de una manera más rentable para la Compañía y/o la persona asegurada. La Compañía hará todo lo posible para evaluar y recomendar los tratamientos y/o procedimientos y/o suministros que razonablemente puedan resultar en la misma o mejor atención de la persona asegurada. La persona asegurada no está obligada a aceptar o seguir ninguna de las recomendaciones de la Compañía. Sin embargo, si la Persona Asegurada acepta y sigue cualquiera de las recomendaciones de la Compañía, la Persona Asegurada se compromete a eximir a la Compañía y a los agentes y representantes de la Compañía, incluyendo al Defensor del Paciente, de las mismas, y la Compañía no será responsable de ningún Tratamiento o suministro proporcionado a la Persona Asegurada, excepto por el pago de reclamaciones y beneficios elegibles para la cobertura bajo los Términos de este seguro. Después de que la Persona Asegurada haya sido notificada de que la reclamación, el Tratamiento, el beneficio o el diagnóstico cumple con las directrices del programa del Defensor del Paciente de la Compañía, ésta se reserva el derecho, a su elección y a su único criterio, sin responsabilidad alguna:

- (a) realizar el pago de Tratamientos y/o suministros que, aunque no estén expresamente cubiertos por este seguro, puedan ser beneficiosos para la persona asegurada y rentables para la Compañía,
- (b) denegar la cobertura y/o los beneficios por cualquier Cargo, incluyendo los Gastos Médicos Elegibles que de otro modo serían elegibles para la cobertura si no fuera por los Términos de esta cláusula, que excedan la cantidad que la Compañía habría cubierto si la Persona asegurada hubiera aceptado y seguido las recomendaciones del programa de Defensa del Paciente.

(22) DERECHO DE RECUPERACIÓN: En caso de que la Compañía pague en exceso cualquier reclamación de prestaciones en virtud de este seguro, por cualquier motivo, incluyendo, sin limitación, por cualquiera de los siguientes:

- (a) la totalidad o parte de la reclamación no fue incurrida o pagada por o en nombre de la persona asegurada,
- (b) la Persona asegurada o cualquiera de los Familiares de la Persona asegurada, sea o no el Familiar una Persona asegurada bajo este plan de seguro, es reembolsado o tiene derecho a ser reembolsado por la totalidad o parte de la reclamación de acuerdo con las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, disposición de OTROS SEGUROS, por equipos o dispositivos médicos defectuosos cubiertos por una garantía, o por o de una fuente distinta a la Compañía,
- (c) la totalidad o parte de la reclamación no era elegible para el pago o la cobertura según las Condiciones de este seguro,
- (d) la totalidad o parte de la reclamación se pagó o reembolsó basándose en una aplicación incorrecta o errónea de las prestaciones de este seguro,
- (e) el proveedor ha excusado, renunciado, abandonado, confiscado, descontado o liberado la totalidad o parte de la reclamación,
- (f) la persona asegurada no es responsable de la totalidad o parte de un siniestro.

La Compañía tendrá derecho a recibir un reembolso y a recuperar el importe del pago en exceso de la persona asegurada y/o del hospital, médico y/u otro proveedor de servicios o suministros (según sea el caso). El importe del reembolso y la recuperación del pago en exceso de siniestros será la diferencia entre: el importe realmente pagado por la Compañía y el importe, si lo hubiera, que debería haber sido pagado por la Compañía según las Condiciones de este seguro.

Para todos los demás pagos en exceso, el importe del reembolso y la recuperación será la cantidad pagada en exceso.

Si la persona asegurada, el hospital, el médico u otro proveedor de servicios o suministros no efectúa con prontitud dicho reembolso a la Compañía, ésta podrá, además de cualquier otro derecho o recurso de que disponga (todos ellos reservados):

- (i) reducir o deducir del importe de cualquier reclamación futura que, de otro modo, sea elegible para la cobertura o el pago en virtud de este seguro, la totalidad del reembolso debido a la Compañía; y/o
- (ii) cancelar este Certificado y toda la cobertura posterior de la persona asegurada bajo la Póliza Master, dando aviso por escrito con treinta (30) días de antelación, notificando por correo a la persona asegurada a su última residencia o dirección postal conocida y compensando con el importe de cualquier reembolso de la prima que le corresponda a la persona asegurada hasta la totalidad del reembolso que le corresponda a la Compañía.

(23) EXPLICACIÓN O VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS: En caso de cualquier consulta verbal o telefónica, se hará todo lo posible para ayudar a la persona asegurada y a sus proveedores de atención médica a comprender la situación, el alcance y la extensión de los beneficios disponibles y la cobertura de este seguro. Sin embargo, ninguna declaración hecha por un agente, empleado o representante de la Compañía o del Administrador del Plan se considerará o interpretará como una representación, promesa o impedimento procesal, ni creará ninguna responsabilidad contra la Compañía o el Administrador del Plan, ni se considerará o interpretará como vinculante para la Compañía o para modificar, reemplazar, renunciar, extender o enmendar cualquiera de los Términos de la Póliza Master o de este Certificado, a menos que se establezca expresamente por escrito y sea firmado por un agente o representante autorizado de la Compañía. Las determinaciones reales de elegibilidad, las verificaciones de beneficios, las decisiones finales de cobertura, las adjudicaciones de reclamaciones, los pagos finales, los reembolsos de beneficios o las reclamaciones se determinarán y adjudicarán sólo después o en el momento en que se presente una Solicitud y/o Prueba de Reclamación adecuada y completa (según sea el caso), se brinde la oportunidad de una investigación y/o revisión razonable, se reciba la cooperación

requerida en el presente documento y se presenten por escrito todos los hechos y la información de apoyo, incluidos los datos, la información y los registros médicos pertinentes cuando la Compañía lo considere necesario o apropiado. Las reclamaciones presentadas pueden ser investigadas y/o revisadas más a fondo. Los términos de la póliza Master rigen toda la cobertura disponible y los pagos realizados o por realizar. Si, por cualquier motivo, se requiere una respuesta definitiva a una pregunta específica sobre beneficios o cobertura, la persona asegurada o sus proveedores de atención médica pueden presentar una solicitud por escrito a la Compañía, incluyendo toda la información médica pertinente y una declaración del médico que lo atiende (si corresponde), y la Compañía enviará una respuesta por escrito y la mantendrá en sus archivos. Si la compañía opta por verificar de forma general y/o preliminar a un proveedor o a la persona asegurada que una lesión, enfermedad, diagnóstico o tratamiento propuesto está o puede estar cubierto por este seguro, o que los beneficios para el mismo están o pueden estar disponibles como se indica en este Certificado, cualquier verificación de beneficios no garantiza ni el pago de beneficios ni la cantidad o elegibilidad de los mismos. Las determinaciones finales de elegibilidad, las decisiones de cobertura, la presentación de reclamaciones y el reembolso o pago real de reclamaciones o beneficios están sujetos a todos los Términos de este seguro, incluyendo, sin limitación, la presentación de una Prueba de Reclamación adecuada y completa y el cumplimiento de la cláusula de CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, COOPERACIÓN.

- (D) **ELEGIBILIDAD:** Si una persona asegurada no es elegible, este Certificado es nulo ab initio y toda la Prima pagada será reembolsada. Para ser elegible y calificar para la cobertura de este seguro, una persona debe cumplir con todos los siguientes requisitos:
- (1) ser un Participante activo, el Cónyuge del Participante o los Hijos que viajen con el Participante y residan fuera de su País de Residencia principal por un período de tiempo temporal, y si el País de Destino es Estados Unidos, la persona asegurada debe ser titular de uno de los siguientes tipos de visado: F1/F2, J1/J2, M1/M2 o A1/A2
 - (2) tener al menos treinta y un (31) días de edad pero no sesenta y cinco (65) años
 - (3) rellenar y firmar una solicitud como persona asegurada (o figurar en ella como solicitante y persona asegurada propuesta), y/o como cónyuge y/o hijo de la persona asegurada
 - (4) en la Fecha de Entrada en Vigor y en las fechas de renovación posteriores, residir física y legalmente en el País de Destino con la intención de residir allí durante al menos treinta (30) días
 - (5) pagar la prima requerida en, o antes de, la fecha de entrada en vigor del seguro
 - (6) Recibir la aceptación por escrito de su Solicitud o renovación por parte de la Compañía
 - (7) no estar embarazada, hospitalizada o discapacitada en la fecha de entrada en vigor inicial
 - (8) No ser VIH+ en la fecha de entrada en vigor inicial
- (E) **REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN:** La precertificación es una determinación general de la Necesidad Médica solamente, y todas esas determinaciones son hechas por la Compañía (actuando a través de sus agentes y representantes autorizados) en base a la integridad y exactitud de la información proporcionada por la Persona Asegurada y/o sus Familiares, tutores y/o proveedores de atención médica en el momento de la precertificación. La Compañía se reserva el derecho de impugnar, disputar y/o revocar una determinación previa de Necesidad Médica en base a la información obtenida posteriormente. La precertificación no es una garantía, autorización, preautorización o verificación del Tratamiento o de la cobertura, una verificación de los beneficios o una garantía de pago. El hecho de que el Tratamiento o los suministros sean precertificados por la Compañía no garantiza el pago de los beneficios, la disponibilidad de la cobertura, ni el importe o la elegibilidad de los beneficios. La consideración y determinación por parte de la Compañía de una solicitud de Pre-certificación, así como cualquier revisión o adjudicación posterior de todas las reclamaciones médicas presentadas en relación con la misma, seguirán estando sujetas a todas las Condiciones de este seguro, incluyendo las exclusiones por Condiciones Pre-existentes y otras exclusiones designadas, limitaciones y sub-limitaciones de beneficios, y el requisito de que las reclamaciones sean Usuales, Razonables y Acostumbradas. Cualquier consideración o determinación de una solicitud de precertificación no se percibirá ni se considerará como la aprobación, autorización o ratificación por parte de la Compañía, ni la recomendación o el consentimiento de cualquier diagnóstico o procedimiento de tratamiento propuesto. Ni la Compañía ni el Administrador del Plan (ni nadie que actúe en sus respectivos nombres) tienen autoridad u obligación para seleccionar Médicos, Hospitales u otros proveedores de atención médica para la Persona Asegurada, o para tomar cualquier diagnóstico o decisión de Tratamiento médico en nombre de la Persona Asegurada, y todas esas decisiones deben ser tomadas única y exclusivamente por la Persona Asegurada y/o sus familiares o tutores, Médicos tratantes y otros proveedores de atención médica. Si la Persona Asegurada y sus proveedores de atención médica cumplen con los requisitos de precertificación de la Póliza Master y de este Certificado, y el Tratamiento o los suministros son precertificados como Medicamente Necesarios, la Compañía reembolsará a la Persona Asegurada los Gastos Médicos Elegibles hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS en que se haya incurrido en relación con los mismos, sujeto a todos los Términos de este seguro. La elegibilidad y el pago de los beneficios están sujetos a todos los Términos de este seguro.
- (1) **REQUISITOS ESPECIFICOS:** La Compañía, a través del Administrador del Plan, siempre debe certificar previamente la Necesidad Médica antes de admitir o recibir los siguientes Tratamientos y/o suministros:
- (a) Quimioterapia
 - (b) Centro de cuidados prolongados
 - (c) Cuidados de enfermería a domicilio

- (d) Hospitalización
- (e) Traslado en ambulancia entre centros
- (f) Radioterapia
- (g) Cirugía o intervención quirúrgica

(2) REQUISITOS GENERALES: Para cumplir con los requisitos de Precertificación de este seguro para los Tratamientos y/o suministros o servicios enumerados en la disposición anterior de REQUISITOS ESPECÍFICOS, la Persona Asegurada o su Médico o proveedor de atención médica debe realizar todo lo siguiente:

- (a) ponerse en contacto con la Compañía, a través del Administrador del Plan, en los datos de contacto que figuran a continuación y en la tarjeta de identificación de la persona asegurada, lo antes posible y antes de recibir el tratamiento o suministro.

Dentro de los Estados Unidos: +1.800.628.4664

Fuera de los Estados Unidos: +1.317.655.4500

E-mail: acm@imglobal.com

Website: www.imglobal.com/member/precertification

- (b) Cumplir con las instrucciones de la Compañía y presentar cualquier información o documento requerido por ella.
- (c) Notificar a todos los médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria que este seguro contiene requisitos de precertificación y pedirles que cooperen plenamente con la Compañía.

(3) PÉRDIDA DE COBERTURA/BENEFICIOS POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN: Si la persona asegurada o sus proveedores de asistencia sanitaria no cumplen con los requisitos de precertificación para el tratamiento o los suministros identificados en los apartados de REQUISITOS ESPECÍFICOS anteriores, o si dicho tratamiento o suministros no están precertificados:

- (a) Los Gastos Médicos Elegibles incurridos con respecto a dicho Tratamiento y/o suministros se reducirán en la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS,
- (b) el Deducible se restará del importe restante,
- (c) Se aplicará el coaseguro.

(4) PRECERTIFICACIÓN DE EMERGENCIA: En el caso de un ingreso hospitalario de urgencia, la precertificación debe completarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al ingreso, o tan pronto como sea razonablemente posible.

(5) REVISIÓN SIMULTÁNEA: Para cualquier tipo de tratamiento en régimen de hospitalización, la Compañía precertificará un número limitado de días de internamiento en función de la enfermedad declarada. A partir de ese momento, se deberá solicitar de nuevo la precertificación y aprobarla si se necesitan días adicionales de tratamiento en régimen de hospitalización.

(6) PROCESO DE APELACIÓN: Si la persona asegurada no está de acuerdo con una decisión de precertificación de la Compañía, puede solicitar por escrito a la Compañía que reconsidere la decisión y puede aportar documentación adicional para respaldar la apelación. La Compañía podrá reconsiderar su decisión basándose en la revisión de la documentación y los hechos adicionales, si los hubiera. La Compañía comunicará a la persona asegurada su decisión en un plazo razonable tras la recepción de la documentación y los hechos adicionales.

El recurso debe enviarse a AkesoCare:

Phone: +1.317.655.4500, Option #2

Fax: +1.317.655.4505: ATTN: AkesoCare - Appeals

Email: ACM@akesocare.com

(F) ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS DE LOS ESTADOS UNIDOS (PPO):

(1) BENEFICIOS ESPECIALES: Si el Tratamiento o los suministros elegibles para la cobertura de este seguro se reciben directamente de la lista aprobada por la Compañía de proveedores independientes de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) mientras la Persona Asegurada se encuentra en los Estados Unidos, la Compañía ajustará el Deducible y/o el Coaseguro aplicable a dichas reclamaciones de acuerdo con la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS. Sin embargo, todas las reclamaciones por tratamientos o suministros recibidos en los Estados Unidos de un proveedor no perteneciente a la PPO seguirán estando sujetas al Deducible y al Coaseguro aplicables, independientemente de que la persona asegurada pueda ser elegible para el beneficio especial anterior relacionado con los tratamientos o los suministros recibidos de proveedores de la PPO.

(2) INFORMACIÓN SOBRE EL PPO: La Compañía, a través del Administrador del Plan, se esfuerza por mantener un acuerdo contractual con una (1) o más Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO) independientes que han establecido y mantienen una red de Médicos, Hospitales y otros proveedores de atención médica y servicios de salud con sede en los

Estados Unidos que son contratados por separado y directamente con la PPO y que pueden proporcionar precios, descuentos o Cargos reducidos para el Tratamiento o los suministros proporcionados a la Persona Asegurada. Ni la Compañía ni el Administrador del Plan tienen autoridad o control sobre las operaciones o negocios de la PPO, o sobre las operaciones o negocios de cualquier proveedor dentro de la red independiente de la PPO. Ni la PPO ni el proveedor dentro de la red de la PPO, ni ninguno de sus respectivos agentes, empleados o representantes tienen o tendrán ningún poder o autoridad para actuar en nombre de la Compañía o del Administrador del Plan en ningún aspecto, incluyendo, sin limitación, ningún poder o autoridad para realizar cualquiera de los siguientes:

- (a) aprobar las solicitudes o las inscripciones para la cobertura inicial, la renovación o el restablecimiento de la cobertura de este plan de seguro, o aceptar el pago de las primas,
- (b) aceptar riesgos para o en nombre de la Compañía,
- (c) actuar, hablar o comprometer a la Compañía o al Administrador del Plan de ninguna manera,
- (d) renunciar, alterar o modificar cualquiera de los términos de la Póliza Master o de este Certificado, o renunciar, liberar, comprometer o liquidar cualquiera de los derechos, recursos o intereses de la Compañía en virtud de la misma o de este Certificado,
- (e) determinar la precertificación, el derecho a la cobertura o la verificación de las prestaciones, o tomar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura, las prestaciones o las reclamaciones,
- (f) La persona asegurada no está obligada a solicitar el tratamiento o los suministros exclusivamente a un proveedor de la red independiente de la PPO. Sin embargo, el uso o no uso de la red PPO por parte la Persona asegurada puede afectar al alcance y la extensión de los beneficios disponibles bajo este seguro incluyendo, sin limitación, cualquier Deducible aplicable, Coaseguro y reducción de beneficios, como se establece anteriormente.

La persona asegurada puede ponerse en contacto con la Compañía a través del Administrador del Plan y solicitar un directorio de la PPO para la zona en la que la persona asegurada recibirá la consulta o el tratamiento (en el que se enumeran los médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria dentro de la red de la PPO por ubicación y especialidad), o bien la persona asegurada puede visitar el sitio web del Administrador del Plan en www.imglobal.com/member para obtener dicha información.

(G) GASTOS MÉDICOS ELIGIBLES: Sujeto a los Términos de este seguro, y al plan de seguro mostrado en la Declaración, la Compañía reembolsará a la persona asegurada hasta la cantidad mostrada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por los siguientes costos, Cargos y gastos incurridos por la Persona Asegurada durante el Período de Cobertura con respecto a una Enfermedad o Lesión sufrida o padecida por la Persona Asegurada durante el Período de Cobertura y mientras este Certificado esté vigente, siempre y cuando la Enfermedad o Lesión esté cubierta por este Certificado, los Cargos sean Usuales, Razonables y Acostumbrados y sean debidos a Tratamiento o suministros que son Médicamente Necesarios ("Gastos Médicos Elegibles"):

- (1)** Los gastos incurridos en un hospital por:
 - (a) la habitación y la comida diarias, los servicios de enfermería y los servicios auxiliares no deben superar la tarifa media de una habitación semiprivada. Se considerará una habitación privada cuando no se disponga de una habitación semiprivada o si la necesidad médica justifica este tipo de habitación. La tarifa de la habitación privada no debe superar la tarifa media de la habitación privada.
 - (b) alojamiento y comida diarios, servicios de enfermería y servicios auxiliares en una unidad de cuidados intensivos.
 - (c) uso de la sala de operaciones, de tratamiento o de recuperación.
 - (d) servicios y suministros que el Hospital proporciona habitualmente a las personas para que los utilicen mientras son pacientes internos.
 - (e) Tratamiento de urgencia de una lesión, aunque no sea necesario el internamiento en un hospital.
 - (f) Tratamiento de emergencia de una enfermedad; sin embargo, se requerirá un Deducible adicional (como se muestra en el RESUMEN DE BENEFICIOS) a menos que la Persona asegurada sea admitida directamente en el Hospital como paciente interno para continuar con el tratamiento de esa enfermedad.
- (2)** Gastos de cirugía en un centro quirúrgico ambulatorio, incluidos los servicios y suministros.
- (3)** Los gastos de un médico por servicios profesionales prestados, incluida la cirugía; sin embargo, los gastos de un cirujano asistente estarán limitados y se cubrirán con una tarifa de hasta el veinte por ciento (20%) de los gastos habituales, razonables y acostumbrados del cirujano principal; y siempre que la disponibilidad de un médico o cirujano no se considere un servicio profesional y no sea elegible para la cobertura.
- (4)** Los gastos incurridos por:
 - (a) apósitos, suturas, yesos u otros suministros que sean médicamente necesarios,
 - (b) Pruebas de diagnóstico mediante servicios de radiología, ecografía o laboratorio. Los servicios de laboratorio facturados por los honorarios del componente profesional están cubiertos si el patólogo participa directamente en la elaboración de un informe escrito o en la consulta verbal de los servicios de patología específicos de la muestra,

- (c) Dispositivos de implante que sean médicamente necesarios; sin embargo, cualquier implante proporcionado fuera de la red de la PPO está limitado a un pago de no más del ciento cincuenta por ciento (150%) del precio de factura establecido y/o del precio de tarifa para ese artículo,
 - (d) las prótesis funcionales básicas, las prótesis oculares o de laringe o las prótesis mamarias, pero no la sustitución o reparación de las mismas,
 - (e) la Cirugía reconstructiva cuando la Cirugía es accesoria y posterior a la Cirugía cubierta por el presente contrato,
 - (f) el tratamiento con radioterapia y quimioterapia,
 - (g) la hemodiálisis para el tratamiento de la insuficiencia renal aguda únicamente y los gastos de un hospital por el procesamiento y la administración de sangre o componentes sanguíneos,
 - (h) oxígeno y otros gases y su administración,
 - (i) Las anestесias y su administración por un médico,
 - (j) medicamentos que requieran la prescripción de un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión, pero no para la sustitución de medicamentos perdidos, robados, dañados, caducados o comprometidos de alguna manera, y para un suministro máximo de noventa (90) días de cualquier (1) receta,
 - (k) atención en un Centro de Cuidados Prolongados autorizado tras el traslado directo desde un Hospital de Cuidados Intensivos,
 - (l) Cuidados de enfermería a domicilio en la cama por parte de un profesional cualificado con licencia, proporcionados por una Agencia de Asistencia Sanitaria a Domicilio tras el traslado directo desde un Hospital de cuidados intensivos,
 - (m) Transporte local de emergencia en ambulancia necesariamente incurrido en relación con:
 - (i) Una lesión,
 - (ii) una enfermedad que dé lugar a un internamiento en un hospital.
 - (n) El traslado en ambulancia entre centros debe ser el resultado de un ingreso hospitalario, médicamente necesario y desde un centro sanitario autorizado a otro centro sanitario autorizado mediante ambulancia aérea o terrestre,
 - (o) Tratamiento de trastornos mentales o nerviosos y abuso de sustancias, siempre que dicho tratamiento no se realice en un Centro de Salud para Estudiantes,
 - (p) Los servicios quiropráticos prescritos por un médico y realizados por un quiroprático profesional, y necesariamente incurridos para continuar la recuperación de una lesión o enfermedad cubierta; los servicios incluyen manipulaciones, radiografías y pruebas de laboratorio ordenadas por el quiroprático,
 - (q) la fisioterapia prescrita por un médico y llevada a cabo por un fisioterapeuta profesional, y en la que se incurre necesariamente para continuar la recuperación de una lesión o enfermedad cubierta,
 - (r) El equipo médico duradero, tal como se define en el presente documento, considerado como médicamente necesario.
- (5)** Gastos de teleconsulta o visita médica virtual.
- (6)** Gastos de tratamiento derivados de COVID-19/SARS-CoV-2.
- (7)** Gastos de tratamiento en una clínica de atención urgente.
- (8)** Gastos de tratamiento en una clínica sin cita previa.
- (9)** Gastos de tratamiento de una lesión en el pie debida a un accidente cubierto por el presente documento.
- (10)** Gastos por el tratamiento de una enfermedad para la cual la cirugía de pie es médicamente necesaria y se determina que es el único método apropiado de tratamiento.
- (11)** Gastos de tratamiento dental hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS:
- (a) Gastos de tratamiento tras una lesión dental traumática causada por un accidente cubierto que haya provocado una lesión física a la persona asegurada,
 - (b) Gastos de tratamiento odontológico necesario en caso de dolor inesperado en los dientes naturales sanos,
 - (c) Los gastos derivados del Tratamiento Dental no urgente necesario debido a un Accidente cubierto por el presente seguro,
- (12)** Cargos por el impuesto sobre el valor añadido (IVA-VAT) o impuesto similar que se haya producido en los gastos médicos elegibles.
- (H) FALLECIMIENTO ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO:**
- (1) FALLECIMIENTO ACCIDENTAL:** Sujeto a los Términos de este seguro, y en el caso de que la persona asegurada tenga un Accidente durante el Período de Cobertura que derive en fallecimiento durante el Período de Cobertura, la Compañía pagará un beneficio por Muerte Accidental en la cantidad de la Suma Principal mostrada en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

El fallecimiento de la persona asegurada debe producirse dentro de los noventa (90) días siguientes al Accidente y ser consecuencia, directa e independientemente de cualquier otra causa, de una Lesión corporal accidental no intencionada, inesperada e imprevista. La lesión corporal debe ser evidenciada por una contusión o herida visible, excepto en el caso de ahogamiento accidental. La lesión corporal debe ser la única causa de la muerte. La Compañía pagará la prestación debida, previa solicitud, en el siguiente orden:

- (a) al beneficiario designado por escrito por la persona asegurada, o
- (b) al pariente superviviente más cercano de la persona asegurada, o
- (c) el patrimonio de la persona asegurada, o
- (d) a un demandante con derecho a pago en virtud de las leyes de declaración de bienes menores aplicables.

(2) DESMEMBRAMIENTO: Sujeto a los Términos de este seguro y si la Persona Asegurada tiene un Accidente durante el Período de Cobertura que derive en una pérdida identificada en el RESUMEN DE BENEFICIOS dentro de los noventa (90) días de la fecha del Accidente y durante el Período de Cobertura, la Compañía pagará a la Persona Asegurada la pérdida/desmembramiento aplicable mostrada en el RESUMEN DE BENEFICIOS.

La prestación máxima a pagar por todos los desmembramientos o pérdidas resultantes de un (1) Accidente o Lesión no superará la Suma Principal indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por fallecimiento Accidental.

La pérdida de una mano o de un pie significa la ruptura completa en la articulación de la muñeca o del tobillo o por encima de ella. La pérdida de la vista significa la pérdida total e irrecuperable de la vista. El desmembramiento de la persona asegurada debe ser el resultado, directo e independiente de cualquier otra causa, de una lesión corporal accidental, no intencionada, inesperada e imprevista. La lesión corporal debe ser evidenciada por una contusión o herida visible. La lesión corporal debe ser la única causa del desmembramiento.

I. VISITA DE FAMILIAR: Sujeto al Límite Máximo aplicable establecido en el RESUMEN DE BENEFICIOS, y a los demás Términos de este seguro, incluyendo la cláusula de EXCLUSIONES, y si la persona asegurada es Hospitalizada en la unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital por una Lesión o Enfermedad cubierta que ponga en peligro su vida durante el Período de Cobertura, la Compañía reembolsará el coste de un billete de avión comercial de ida y vuelta para un (1) familiar desde el aeropuerto más cercano a la ubicación del familiar en el momento de la hospitalización de la persona asegurada en la unidad de cuidados intensivos hasta el aeropuerto que sirva a la zona donde la persona asegurada esté hospitalizada.

J. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

(1) Sujeto al Límite Máximo aplicable establecido en el RESUMEN DE BENEFICIOS, y a los demás Términos de este seguro, incluyendo la cláusula de EXCLUSIONES y el apartado de CONDICIONES Y RESTRICCIONES siguiente, la Compañía reembolsará a la Persona Asegurada los siguientes gastos de transporte, cuando la Compañía o el Administrador del Plan organice dicho transporte y los gastos incurridos por la Persona Asegurada que surjan de o en conexión con una Evacuación Médica de Emergencia que ocurra mientras este Certificado esté vigente y durante el Período de Cobertura:

- (a) Transporte aéreo de emergencia a un aeropuerto adecuado más cercano al Hospital donde la persona asegurada recibirá el Tratamiento,
- (b) El transporte terrestre de emergencia que precede necesariamente al transporte aéreo de emergencia y desde el aeropuerto de destino hasta el hospital donde la persona asegurada recibirá el tratamiento,
- (c) El transporte terrestre y aéreo de regreso, tras el alta médica del médico que le atiende, al país donde se produjo inicialmente la evacuación o al país de residencia de la persona asegurada, a elección de ésta.

(2) CONDICIONES Y RESTRICCIONES: Para tener derecho a la cobertura de los beneficios de Evacuación Médica de Emergencia, la persona asegurada debe cumplir con todos los Términos de este seguro. La Compañía proporcionará los beneficios de Evacuación Médica de Emergencia sólo cuando la condición, la Enfermedad, la Lesión o el suceso que da lugar a la Evacuación Médica de Emergencia esté cubierto por los Términos de este seguro. La Compañía proporcionará las prestaciones de Evacuación Médica de Emergencia sólo cuando se cumplan todas las condiciones y restricciones siguientes:

- (a) El tratamiento médicamente necesario no puede ser proporcionado localmente,
- (b) el transporte por cualquier otro medio o método provocaría la pérdida de la vida o la integridad física de la persona asegurada en un plazo de veinticuatro (24) horas, según una certeza médica razonable,
- (c) La Evacuación Médica de Emergencia es recomendada por el Médico que le atiende y que certifica lo indicado en los apartados (a) y (b), anteriores,
- (d) La Evacuación Médica de Emergencia es acordada por la Persona Asegurada o un Familiar de esta,
- (e) La Evacuación Médica de Emergencia es proporcionada por personal de emergencia autorizado, con licencia, cualificado, actuando dentro del ámbito de dicha licencia y aprobado de antemano y todos los preparativos son coordinados por la Compañía,
- (f) La condición, la enfermedad, la lesión o el suceso que haya dado lugar a la necesidad de la evacuación médica de emergencia:

- (i) ha ocurrido fuera del país de residencia de la persona asegurada de forma repentina, inesperada y espontánea, y sin: (1) aviso previo, o (2) tratamiento, diagnóstico o recomendación de tratamiento por parte de un médico, o (3) manifestación previa de síntomas o condiciones que habrían hecho que una persona razonablemente prudente buscara atención médica antes del inicio de la emergencia,
 - (ii) no era una condición preexistente.
- (g) La Compañía cubrirá el reembolso de los costes y gastos descritos anteriormente y organizará la Evacuación Médica de Emergencia sólo hasta el Hospital más cercano que esté capacitado para proporcionar el Tratamiento Medicamento Necesario para evitar la pérdida de la vida o de un miembro de la persona asegurada.

La persona asegurada puede seleccionar un Hospital diferente en su País de Origen a su elección, pero en tal caso la persona asegurada será la única responsable de todos los costes y gastos que excedan la suma en los que se habría incurrido si la persona asegurada hubiera utilizado el Hospital cualificado más cercano. Si la Persona asegurada selecciona un Hospital distinto al hospital calificado más cercano, entonces el médico que lo atiende, la Persona asegurada o un pariente de la Persona asegurada deberá certificar a la Compañía el entendimiento y reconocimiento de la Persona asegurada de dicha responsabilidad por el exceso de costes y gastos, además de los aspectos establecidos en la cláusula anterior de CONDICIONES Y RESTRICCIONES. En todos los casos, la Compañía hará los preparativos necesarios para la Evacuación Médica de Emergencia y hará todo lo posible para gestionar con contratistas independientes, cualquier Evacuación Médica de Emergencia en el menor tiempo razonablemente posible.

Al aceptar este Certificado y solicitar las prestaciones de Evacuación Médica de Emergencia en virtud del mismo, la persona asegurada entiende, reconoce y acepta que la puntualidad, la duración, los sucesos durante y el resultado de una Evacuación Médica de Emergencia pueden verse afectados directa e indirectamente por eventos y/o circunstancias que no están bajo la supervisión o el control de la Compañía, incluyendo, pero sin limitarse a: la disponibilidad, las limitaciones, el estado físico, la fiabilidad, los programas y procedimientos de mantenimiento y formación, y el rendimiento o no rendimiento de los equipos de transporte competentes, los suministros y/o el personal de dichos terceros contratistas; los retrasos o restricciones en los vuelos u otros modos o medios de transporte causados por problemas mecánicos, funcionarios gubernamentales, problemas de telecomunicaciones, falta de disponibilidad de rutas, y/o otras condiciones de viaje, geográficas o meteorológicas; y otros hechos fortuitos y sucesos imprevisibles y/o incontrolables.

La persona asegurada acepta liberar y eximir de responsabilidad a la Compañía, al Administrador del Plan y a sus agentes y representantes, y acepta que la Compañía, el Administrador del Plan y sus agentes y representantes no serán responsables de ningún retraso, pérdida, daño, lesiones o enfermedades adicionales, o cualquier otra reclamación que surja o sea causada en su totalidad o en parte por los actos u omisiones de dichos terceros contratistas independientes o sus agentes, empleados o representantes, o que surjan o sean causados total o parcialmente por actos, omisiones, eventos o circunstancias que no estén bajo la supervisión y el control directos e inmediatos de la Compañía, el Administrador del Plan y/o sus agentes y representantes autorizados, incluyendo, sin limitación, los eventos y circunstancias mencionados anteriormente.

La persona asegurada acepta además que al solicitar una Evacuación Médica de Emergencia, cooperará plenamente como se requiere en la cláusula de CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, COOPERACIÓN. La falta de cooperación y/o la no utilización o aceptación de la Evacuación Médica de Emergencia una vez que haya sido dispuesta por la Compañía o el Administrador del Plan, obligará a la Persona Asegurada a reembolsar a la Compañía los gastos incurridos por cualquier Evacuación Médica de Emergencia que haya sido dispuesta, pero no utilizada, por la Persona Asegurada. Además, la persona asegurada puede verse obligada a asumir el pago de cualquier Evacuación Médica de Emergencia posterior y solicitar posteriormente el reembolso de los gastos elegibles relacionados con dicha Evacuación Médica de Emergencia.

K. REUNION DE EMERGENCIA:

- (1) Sujeto a los Términos de este seguro, incluyendo sin limitación las CONDICIONES Y RESTRICCIONES del apartado siguiente, los gastos de Reunión de Emergencia serán reembolsados a una Persona Asegurada como se indica en el RESUMEN DE BENEFICIOS, en los casos en que haya habido una Evacuación Médica de Emergencia cubierta bajo los Términos de este seguro. Sujeto al Deducible y Coaseguro aplicables y otros límites y sublímites como se especifica en el RESUMEN DE BENEFICIOS, y sujeto a las CONDICIONES Y RESTRICCIONES del apartado de más abajo, los siguientes costes y gastos incurridos con respecto al viaje de un Familiar o amigo de la persona asegurada serán reembolsables a la Persona Asegurada bajo la recomendación y aprobación previa de la Compañía:
- (a) el coste de un billete de avión comercial de ida y vuelta, en clase económica, para un (1) familiar o amigo, desde el aeropuerto más cercano a la ubicación del familiar o amigo en el momento de la emergencia, hasta el aeropuerto que sirva a la zona en la que la persona asegurada esté hospitalizada como consecuencia de la emergencia o vaya a serlo como consecuencia de la evacuación médica de emergencia (que se determinará de acuerdo con los términos del apartado CONDICIONES Y RESTRICCIONES siguiente), y el regreso desde cualquiera de dichos lugares que se seleccione realmente hasta el punto de partida original.
 - (b) los gastos de viaje razonables y necesarios, las comidas (hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS), los gastos de transporte y de alojamiento incurridos en relación con la Reunión de Emergencia (pero excluyendo los gastos de entretenimiento).

(2) CONDICIONES Y RESTRICCIONES:

La cobertura máxima permitida para la Reunión de Emergencia no excederá de quince (15) días, incluyendo los días de viaje, y todos los costes y gastos incurridos más allá de dicho Periodo de Cobertura serán tenidos por cuenta y responsabilidad exclusiva de la persona asegurada, Familiar o amigo.

- (a) la Reunión de Emergencia debe ser consecuencia de una Evacuación Médica de Emergencia cubierta por las Condiciones de este seguro.
- (b) la persona asegurada debe estar tan gravemente enferma que el médico que le atienda lo considere necesario y recomiende la presencia de un familiar o amigo en el lugar desde el que se evacua a la persona asegurada o en el lugar de destino de la evacuación médica de emergencia, lo que el médico que le atienda y la compañía consideren más razonable.
- (c) todas las disposiciones y beneficios de viaje, transporte y alojamiento de la Reunión de Emergencia deben ser aprobados por adelantado por la Compañía para tener derecho a la cobertura de este seguro.
- (d) La persona asegurada, el familiar y/o el amigo deben presentar a la Compañía, una vez finalizado el viaje de la Reunión de Emergencia, copias legibles y verificables de todos los recibos pagados por los costes y gastos de viaje y transporte en los que se haya incurrido y por los que se solicite el reembolso.

L. VIAJE OCASIONAL: Como beneficios de alojamiento y prestación adicional y con sujeción a las Condiciones de este seguro, la persona asegurada estará cubierta por este seguro durante los viajes de regreso ocasionales a su País de Residencia hasta el número de días indicado en el RESUMEN DE PRESTACIONES durante el Período de Cobertura que comienza con la fecha en que la persona asegurada llega por primera vez a su País de Residencia siempre que:

- (1) la persona asegurada ha salido de su país de residencia antes de cualquier viaje ocasional,
- (2) la persona asegurada ha pagado puntualmente la prima aplicable durante al menos treinta (30) días de cobertura continua,
- (3) El país de residencia no es Estados Unidos,
- (4) La intención o el propósito del viaje de regreso de la persona asegurada al país de residencia no es recibir tratamiento por una enfermedad o lesión contraída o sufrida mientras viajaba fuera de su país de residencia,
- (5) El viaje de regreso de la persona asegurada al país de residencia no da lugar a que reciba tratamiento por una enfermedad o lesión contraída o sufrida mientras viajaba fuera de su país de residencia.

M. EVACUACIÓN Y REPATRIACIÓN POLITICA: Si el Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Oficina de Asuntos Consulares o una organización gubernamental similar del País de Residencia de la persona asegurada ordena la evacuación de todo el personal gubernamental que no sea de emergencia del País de Destino, debido a disturbios políticos, que se haga efectiva en la fecha de llegada de la persona asegurada al País de Destino o con posterioridad a la misma, la Compañía reembolsará hasta la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS el transporte hasta el lugar seguro más cercano o la repatriación al País de Residencia de la persona asegurada, siempre que se cumplan todas las condiciones siguientes:

- (a) la persona asegurada se pone en contacto con la Compañía en un plazo de diez (10) días desde que el Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Oficina de Asuntos Consulares o una organización gubernamental similar del país de residencia de la persona asegurada emita la orden de evacuación.
- (b) la orden de evacuación se refiere a las personas del mismo país de residencia que la persona asegurada.
- (c) La evacuación y la repatriación política son aprobadas por la Compañía.
- (d) En ningún caso la Compañía pagará por una Evacuación Política si hay una Advertencia de Viaje o una Advertencia de Viaje de Emergencia en efecto en o dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de llegada de la Persona Asegurada al País de Destino. Esta cobertura proporcionará el medio de viaje más apropiado y económico acorde con las circunstancias de salud y seguridad de la persona asegurada.

N. EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA: Sujeto a todos los demás Términos de este seguro, en caso de una Emergencia de Salud Pública de carácter Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad, o Desastre Natural, que pueda afectar la salud de una Persona Asegurada, la Compañía cubrirá una Enfermedad o Lesión ocurrida durante el Período de Cobertura y causada por la Emergencia de Salud Pública de carácter Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad, o Desastre Natural cuando antes de la emisión de una Advertencia de Viaje para el País de Destino o una Advertencia Global de Viaje:

- (1) se ha producido la fecha de entrada en vigor de la cobertura; y
- (2) la persona asegurada ha llegado al país de destino o a la zona afectada.

En el caso de que la Advertencia de Viaje aplicable sea eliminada para el País Anfitrión o Área Afectada, la cobertura de una Enfermedad o Lesión ocurrida durante el Período de Cobertura después de que la Advertencia de Viaje sea eliminada, que haya sido causada por la Emergencia de Salud Pública de carácter Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad, o Desastre Natural será considerada por la Compañía como cualquier otra Enfermedad o Lesión, sujeta a todos los Términos y condiciones de este seguro.

No obstante lo dispuesto en esta sección EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA, la COVID-19/SARS-CoV-2 será considerada por la Compañía como cualquier otra Enfermedad o Lesión, sujeta a todos los demás Términos y condiciones de este seguro.

- O. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En caso de fallecimiento de la persona asegurada durante el periodo de cobertura como consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta por este seguro mientras la persona asegurada se encuentra fuera de su país de origen, la Compañía reembolsará al representante personal autorizado o al patrimonio de la persona asegurada hasta la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por los costes y gastos incurridos para devolver los restos mortales de la persona asegurada a su país de origen y posteriormente al lugar de inhumación u otra disposición final (pero sin incluir los costes de inhumación u otra disposición), siempre que la Compañía apruebe previamente todos los costes y gastos relacionados con la devolución de los restos mortales de la persona asegurada como condición para la disponibilidad de esta prestación, o hasta el importe indicado en el RESUMEN DE BENEFICIOS para la preparación, inhumación local o cremación de los restos mortales de la persona asegurada en el lugar del fallecimiento, de acuerdo con las creencias culturales y religiosas comúnmente aceptadas y practicadas por la persona asegurada. No se cubren los gastos de inhumación e incineración de los oficiantes religiosos, las flores, la música, la comida o las bebidas.
- P. EXCLUSIONES:** Salvo lo expresamente previsto en el RESUMEN DE BENEFICIOS, quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todos los Cargos, costes, gastos y/o reclamaciones en que incurra la Persona asegurada, y cualquier reclamación de beneficios por fallecimiento o desmembramiento, y que directa o indirectamente se relacionen o surjan o resulten de o en relación con cualquiera de los siguientes actos, omisiones, eventos, condiciones, Cargos, consecuencias, reclamaciones, Tratamientos (incluyendo diagnósticos, consultas, pruebas, exámenes y evaluaciones relacionadas con los mismos), servicios y/o suministros, y la Compañía no otorgará ningún beneficio o reembolso y no tendrá ninguna responsabilidad u obligación por cualquier cobertura de los mismos o por ellos:
- (1) SANCIONES ECONÓMICAS:** La Compañía no cubrirá a ninguna persona como persona asegurada si dicha cobertura pudiera dar lugar a que la Compañía quedara expuesta a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.
- (2) GUERRA; ACCIÓN MILITAR:** La Compañía no será responsable y no proporcionará cobertura o beneficios por ninguna reclamación o cargos incurridos con respecto a cualquier Enfermedad, Lesión, muerte y desmembramiento, u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, o rastreada a, que surja o se incurra en conexión con o como resultado de cualquiera de los siguientes actos o sucesos:
- (a) guerra, invasión, acto de hostilidades enemigas extranjeras, operaciones bélicas (se haya declarado la guerra o no), o guerra civil,
 - (b) amotinamiento, motín, huelga, levantamiento militar o popular, insurrección, rebelión, revolución, el poder militar o la usurpación del poder,
 - (c) cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas al derrocamiento por la fuerza del Gobierno de jure o de facto o a influir en él mediante violencia de cualquier tipo,
 - (d) la ley marcial o el estado de sitio o los acontecimientos o causas que determinan la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o el estado de sitio,
 - (e) cualquier uso de armas radiológicas, químicas, nucleares o biológicas o cualquier otro evento radiológico, químico, nuclear o biológico de cualquier tipo (incluso en relación con un acto de terrorismo).
- Cualquier reclamación, cargo, enfermedad, lesión u otra consecuencia que ocurra o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o de otro tipo), ya sea o no directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, o contribuida por, rastreada a, o que surja en conexión con, cualquiera de dichos sucesos se entenderán y se considerarán como consecuencias por las que la Compañía no será responsable en virtud de la Póliza Master o de este Certificado, excepto en la medida en que la persona asegurada pruebe que dicha reclamación, cargos, enfermedad, lesión u otra consecuencia ocurrió independientemente de la existencia de dichas condiciones y/o sucesos anormales.
- (3) TERRORISMO:** La Compañía no será responsable ni proporcionará cobertura o beneficios en exceso de la cantidad indicada en el RESUMEN DE BENEFICIOS por cualquier reclamación o Cargos, Enfermedad, Lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, o rastreada a, o que surja en relación con cualquier acto de Terrorismo. Además, la Compañía no será responsable y no proporcionará ninguna cobertura o beneficio por ninguna reclamación, cargo, enfermedad, lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, o rastreada a, o que surja en relación con lo siguiente:
- (a) La planificación, coordinación o participación activa y voluntaria de la persona asegurada en cualquier acto de terrorismo
 - (b) cualquier acto de terrorismo que se produzca en un lugar, puesto, área, territorio o país para el que se haya emitido o esté en vigor una Advertencia de Viaje o una Advertencia de Viaje de Emergencia en o dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de llegada de la persona asegurada a dicho lugar, puesto, área, territorio o país
 - (c) cualquier acto de Terrorismo que se produzca en un lugar, puesto, área, territorio o país para el cual se haga efectiva

o esté en vigor una Advertencia de Viaje o una Advertencia de Viaje de Emergencia en o después de la fecha de llegada de la Persona asegurada a dicho lugar, puesto, área, territorio o país, y la Persona asegurada injustificadamente no haga caso o se niega a hacer caso a dicha advertencia y permanece posteriormente en dicho lugar, puesto, área, territorio o país.

- (4) **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Los cargos que resulten directa o indirectamente de o estén relacionados con cualquier condición preexistente, (ya sea física o mental, independientemente de la causa de la condición) están excluidos de la cobertura de este seguro hasta que la persona asegurada haya mantenido la cobertura de este plan de seguro de forma continua durante al menos doce (12) meses.
- (5) **ATENCIÓN A LA MATERNIDAD Y AL RECIÉN NACIDO:** Quedan excluidos de este seguro todos los gastos derivados de la atención prenatal, el parto, la atención postnatal y el cuidado de los recién nacidos, incluidas las complicaciones del embarazo, el aborto espontáneo, las complicaciones del parto y/o de los recién nacidos, cuando el embarazo sea resultado de la fecundación in vitro (FIV), la inseminación artificial o la concepción sea el resultado directo de un tratamiento de infertilidad recibido por la persona asegurada, el cónyuge de la persona asegurada o el padre del recién nacido.
- (6) **ATENCIÓN PREVENTIVA:** Los gastos de los exámenes físicos de rutina y las vacunas están excluidos de la cobertura de este seguro
- (7) Los gastos por cualquier tratamiento o suministro que sean:
- (a) no hayan sido incurridos, obtenidos o recibidos por una Persona Asegurada durante el Período de Cobertura.
 - (b) no se presenten a la Compañía para su pago mediante una Prueba de Reclamación cumplimentada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha en que se produzcan dichos Cargos.
 - (c) que no hayan sido administrados u ordenados por un médico.
 - (d) no sean Médicamente Necesarios para el diagnóstico, cuidado o Tratamiento de la condición física o mental implicada. Esto también se aplica en el caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico tratante.
 - (e) proporcionada sin coste alguno para la persona asegurada o de la que ésta no es responsable de ningún otro modo.
 - (f) en exceso de lo usual, razonable y acostumbrado.
 - (g) relacionados con los cuidados paliativos.
 - (h) incurridos por una persona asegurada que era VIH + en la fecha de entrada en vigor inicial de este seguro o antes, independientemente de que la persona asegurada tuviera o no conocimiento de su estado de VIH antes de la fecha de entrada en vigor, y de que los gastos se produzcan o no en relación con dicho estado o como resultado del mismo. Esta exclusión incluye los gastos por cualquier tratamiento o suministro relacionado con el VIH, el virus del SIDA, la enfermedad relacionada con el SIDA, el síndrome ARC, el SIDA y/o cualquier otra enfermedad que surja o resulte de cualquier complicación o consecuencia de cualquiera de las condiciones anteriores.
 - (i) proporcionados por un quiropráctico, o bajo su dirección o recomendación, a menos que sean ordenados previamente por un médico.
 - (j) realizado o proporcionado por un pariente de la persona asegurada.
 - (k) no incluidos expresamente en la cláusula de GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES.
 - (l) proporcionada por una persona que resida o haya residido con la persona asegurada o en su domicilio.
 - (m) requeridos o recomendados como resultado de complicaciones o consecuencias derivadas o relacionadas con cualquier Tratamiento, Enfermedad, Lesión o suministro recibido antes de la cobertura de este seguro o que esté excluido de la cobertura o que no esté cubierto por este seguro.
 - (n) para los Trastornos Congénitos y las afecciones derivadas de los mismos.
- (8) Cargos por no acudir a una cita programada.
- (9) Servicios de telesalud o telemedicina que no se consideren médicamente necesarios según lo determine la compañía en el plan.
- (10) Gastos por cirugías, tratamientos o suministros que sean de investigación, experimentales y con fines de investigación.
- (11) Los gastos incurridos en relación con la medicina genética, las pruebas genéticas, las pruebas de detección y/o los procedimientos de control de bienestar para las condiciones de predisposición genética indicadas por la medicina genética o las pruebas genéticas, incluyendo, pero sin limitarse a la amniocentesis, el cribado genético, la evaluación del riesgo, las cirugías preventivas y profilácticas recomendadas por las pruebas genéticas, y/o cualquier procedimiento utilizado para determinar la predisposición genética, proporcionar asesoramiento genético o la administración de la terapia génica.
- (12) Los gastos ocasionados por las pruebas que intentan medir aspectos de la capacidad mental, la inteligencia, la aptitud, la personalidad y la gestión del estrés de la persona asegurada. Dichas pruebas pueden incluir, entre otras, pruebas psicométricas, de comportamiento y educativas.
- (13) Gastos de custodia.

- (14) Los gastos incurridos por la atención educativa o de rehabilitación que se relaciona específicamente con la formación o el reentrenamiento de una persona asegurada para que funcione de manera normal o casi normal. Dichos cuidados pueden incluir, entre otros, la formación laboral o profesional, el asesoramiento, la terapia ocupacional y la logopedia.
- (15) Cargos por modificación de peso o cualquier tratamiento hospitalario, ambulatorio, quirúrgico o de otro tipo de la obesidad (incluyendo, sin limitación, la obesidad mórbida), incluyendo, sin limitación, el alambrado de los dientes y todas las formas o procedimientos de cirugía bariátrica, cualquiera que sea el nombre que se le dé, o la reversión del mismo, incluyendo, sin limitación, el bypass intestinal, el bypass gástrico, la banda gástrica, la gastroplastia vertical con banda, la derivación biliopancreática, el cambio duodenal o la reducción o grapado del estómago.
- (16) Gastos de modificación del cuerpo humano para cambiar o mejorar o intentar cambiar o mejorar el aspecto físico o el bienestar psicológico, mental o emocional de la persona asegurada (como, por ejemplo, pero sin limitarse a la cirugía de cambio de sexo o a la cirugía relacionada con el rendimiento sexual o su mejora).
- (17) Cargos o Tratamientos por razones cosméticas o estéticas, excepto la Cirugía reconstructiva cuando dicha Cirugía sea Médicamente Necesaria y esté directamente relacionada con y/o sea posterior a una Cirugía que haya sido cubierta por este seguro.
- (18) Cirugía o tratamiento voluntario de cualquier tipo.
- (19) Los gastos incurridos por cualquier Tratamiento o suministro que promueva o prevenga o intente promover o prevenir la concepción, la inseminación (natural o de otro tipo) o el nacimiento, incluyendo pero no limitado a: inseminación artificial; anticonceptivos orales; Tratamiento para la infertilidad o impotencia; vasectomía, o reversión de la vasectomía; esterilización; reversión de la esterilización; subrogación o aborto.
- (20) Los gastos incurridos por cualquier Tratamiento o suministro que promueva, mejore o corrija o intente promover, mejorar o corregir la impotencia o la disfunción sexual.
- (21) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación, la práctica o el entrenamiento de: Deporte amateur; Deporte profesional; o actividades deportivas patrocinadas por cualquier organismo o autoridad de gobierno, incluyendo pero sin limitarse a la National Collegiate Athletic Association, cualquier otro organismo de gobierno o regulador universitario o el Comité Olímpico Internacional.
- (22) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en actividades designadas como Deportes de Aventura, que se limitan a las siguientes: rappel, BMX, trineo, puenting, barranquismo, espeleología, globo aerostático, tirolesa en la selva, paracaidismo, parapente, paravelismo, rappel, salto en paracaídas, espeleología, safaris de vida salvaje y windsurf.
- (23) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en actividades designadas como Deportes Extremos, que incluyen pero no se limitan a lo siguiente (e incluyen cualquier combinación o derivado de lo siguiente): Salto BASE; buceo en cuevas; buceo en acantilados; ciclismo de montaña y carreras de descenso; esquí extremo; apnea; vuelo libre; parkour; esquí acrobático; scooter acrobático; ala delta; heliesquí; piragüismo en hielo; escalada en hielo; kitesurf; artes marciales mixtas; motocross; carreras de motocicletas; rally de coches; alpinismo por encima de una altura de 4500 metros desde el nivel del suelo; parkour; pilotaje de aeronaves comerciales o no comerciales; zancos saltadores; buceo o actividades subacuáticas por debajo de una profundidad de 50 metros; carreras de motos de nieve; carreras de camiones; kayak en aguas bravas o rafting en aguas bravas de clase VI y dificultad superior; y vuelo con traje de alas.
- (24) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica de esquí de montaña, snowboard o motos de nieve, cuando la persona asegurada infrinja las leyes, normas o reglamentos aplicables de una estación de esquí, fuera de los límites o en zonas no señalizadas o no patrulladas.
- (25) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica del esquí de travesía.
- (26) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica del esquí fuera de pista.
- (27) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en actividades deportivas o recreativas en las que la persona asegurada no esté física o médicamente capacitado o no tenga la cualificación necesaria para participar en dichas actividades.
- (28) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en los deportes de contacto.
- (29) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en cualquier actividad deportiva, recreativa o de aventura cuando dicha actividad se realice en contra del consejo o la dirección de cualquier autoridad local o de cualquier instructor cualificado o en contra de las normas, recomendaciones y procedimientos de un organismo rector reconocido para el deporte o la actividad.
- (30) cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en cualquier actividad en la que dicha actividad se lleve a cabo haciendo caso omiso o en contra de las recomendaciones, los programas de tratamiento o los consejos médicos de un médico u otro proveedor de atención sanitaria.
- (31) cualquier Lesión o Enfermedad sufrida como resultado de estar bajo la influencia o debida total o parcialmente a los efectos del alcohol, licor, sustancia intoxicante, narcóticos o drogas que no sean medicamentos tomados de acuerdo con el Tratamiento prescrito y dirigido por un Médico pero no para el Tratamiento de Abuso de Sustancias.
- (32) cualquier lesión o enfermedad sufrida mientras se conduce un vehículo en movimiento después de haber consumido bebidas alcohólicas o drogas que superen el límite legal de alcohol en sangre aplicable, que no sean medicamentos

tomados de acuerdo con el tratamiento prescrito y dirigido por un médico. A efectos de esta exclusión, el término "vehículo" incluye los dispositivos motorizados, independientemente de que se requiera o no un permiso de conducir u operador (incluidas las embarcaciones y las aeronaves), así como las bicicletas y los scooters no motorizados para los que no se requiere ningún permiso o licencia.

- (33) cualquier lesión o enfermedad autoinfligida voluntariamente.
- (34) cualquier enfermedad de transmisión sexual o venérea.
- (35) cualquier prueba para lo siguiente cuando no sea médicamente necesaria: VIH, seropositividad al virus del SIDA, Enfermedades relacionadas con el SIDA, Síndrome ARC, SIDA.
- (36) cualquier enfermedad o lesión que resulte o se produzca durante la comisión de una infracción de la ley por parte de la persona asegurada, incluyendo, sin limitación, el ejercicio de una ocupación o acto ilegal, pero excluyendo las infracciones de tráfico menores.
- (37) biorretroalimentación, acupuntura, terapia musical, ocupacional, recreativa, del sueño, del habla o vocacional.
- (38) ortóptica, terapia visual o entrenamiento visual del ojo.
- (39) cualquier Enfermedad o Tratamiento no quirúrgico de los pies, incluyendo sin limitación: zapatos ortopédicos; dispositivos ortopédicos recetados para ser fijados o colocados en los zapatos; Tratamiento de pies débiles, tensos, planos, inestables o desequilibrados; metatarsalgia, espolones óseos, dedos en martillo o juanetes; y cualquier Tratamiento o suministros para callos, durezas o uñas de los pies; salvo que se establezca expresamente lo contrario.
- (40) la pérdida de cabello, incluyendo sin limitación pelucas, trasplantes de cabello o cualquier medicamento que prometa potenciar el crecimiento del cabello, sea o no prescrito por un médico.
- (41) cualquier trastorno del sueño, incluyendo sin limitación la apnea del sueño.
- (42) cualquier programa o equipo de ejercicio y/o acondicionamiento físico, sea o no prescrito o recomendado por un médico.
- (43) cualquier exposición a cualquier radiación nuclear o atómica no médica, y/o material(es) radiactivo(s).
- (44) cualquier órgano o tejido u otros servicios, tratamientos o suministros relacionados con el trasplante.
- (45) cualquier dispositivo artificial o mecánico destinado a sustituir los órganos humanos de forma temporal o permanente tras el cese de la condición de paciente interno.
- (46) cualquier esfuerzo por mantener vivo a un donante para un procedimiento de trasplante.
- (47) cualquier Enfermedad o Lesión incurrida en el País de Destino, Área Afectada o País de Residencia como resultado de una Emergencia de Salud Pública de Relevancia Internacional, Epidemia, Pandemia, un brote de otra enfermedad, o Desastre Natural, que pueda afectar a la persona asegurada, a menos que la cobertura esté expresamente prevista en la cláusula de EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA de este seguro.

Esta exclusión NO se aplica a los cargos resultantes de COVID-19/SARS-CoV-2.

- (48) Los gastos ocasionados por gafas, lentes de contacto, audífonos o implantes auditivos y los gastos por cualquier tratamiento, suministro, examen o adaptación relacionados con estos dispositivos, o por refracción ocular por cualquier motivo.
- (49) Los gastos ocasionados por la cirugía ocular, como la queratotomía radial, pero sin limitarse a ella, cuando el objetivo principal es corregir o intentar corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.
- (50) Cargos incurridos por el tratamiento o los suministros para la articulación temporomandibular (ATM), incluyendo pero no limitado al síndrome de la ATM, el síndrome craneomandibular, el dolor crónico de la ATM, la cirugía ortognática, la cirugía de Le-Fort o las férulas.
- (51) Los gastos incurridos en el País de Residencia de la persona asegurada, salvo que se disponga expresamente lo contrario en este seguro.
- (52) Los gastos incurridos por cualquier viaje, comida, transporte y/o alojamiento, salvo que se disponga expresamente lo contrario en este seguro.
- (53) los cargos o gastos incurridos por fármacos, medicamentos, vitaminas, extractos de alimentos o suplementos nutricionales de venta libre; terapia de vitaminas o hierbas por vía intravenosa; fármacos o medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) o que se consideren como uso de medicamentos "fuera de prospecto"; y por fármacos o medicamentos no recetados por un médico.
- (54) cualquier tratamiento de una enfermedad o lesión que requiera un producto médico, servicios, cirugía, procedimiento quirúrgico, medicamento recetado, fármaco, producto biológico, equipo médico duradero (DME) o dispositivo no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA).
- (55) Los gastos y todos los costes relacionados o derivados de todos los viajes al País de Destino realizados con el fin de obtener Tratamiento o suministros medicos.

- (56) Los gastos de tratamiento odontológico, excepto los previstos específicamente en el presente documento.
- (57) Desgaste de los dientes debido a las caries y al hecho de masticar o morder objetos duros, como, por ejemplo, lápices, cubitos de hielo, frutos secos, palomitas de maíz y caramelos duros.
- (58) Lesión dental sin lesión asociada en la cara, el cráneo, el cuello y/o las mandíbulas o que pueda ser evaluada y tratada en una consulta dental.
- (59) Tratamiento odontológico para los servicios de mantenimiento de la salud bucodental, incluida la reparación de dientes mediante empastes, endodoncias, extracción de dientes y radiografías.
- (60) Gastos por el tratamiento de una enfermedad o lesión cuyo pago se realiza o está disponible a través de una ley de compensación de trabajadores o una ley similar.
- (61) Gastos de masajes terapéuticos.
- (62) Los gastos incurridos en un hospital o centro cuando la persona asegurada se da de alta en contra del consejo de su médico o se va antes de alcanzar un punto final de tratamiento médicamente necesario.
- (63) Los gastos incurridos por el empeoramiento de una enfermedad o lesión después de que la persona asegurada haya salido de un hospital o centro en contra del consejo médico o haya sido dada de alta en contra del consejo médico.
- (64) Muerte accidental o desmembramiento cuando la muerte o desmembramiento de la persona asegurada es causada directa o indirectamente por, resulta de, o cuando hay una contribución de, cualquiera de los siguientes:

- (a) afecciones corporales o mentales, enfermedades o dolencias,
- (b) Infección, que no sea una infección que ocurra simultáneamente y como resultado directo de la Lesión accidental.

Q. DEFINICIONES: Algunas palabras y frases utilizadas en este Certificado se definen a continuación. Otras palabras y frases pueden definirse en otras partes de este Certificado, incluso donde se utilizan por primera vez.

Accidente: Un suceso inesperado causado directamente por medios externos y visibles y que provoca un daño físico a la persona asegurada.

Deportes de Aventura: Actividades emprendidas con fines recreativos, una experiencia inusual o de emoción. Estas actividades suelen realizarse al aire libre y conllevan un grado de riesgo medio.

Zona(s) afectada(s): Todos y cada uno de los países, estados, provincias, territorios, ciudades u otras áreas que estén experimentando la transmisión de una Epidemia, Pandemia u otro brote de enfermedad, o Desastre Natural.

Contra el consejo médico (AMA): Contra el consejo médico/alta contra el consejo médico: Against Medical Advice, or AMA, a veces conocido como DAMA, Discharge Against Medical Advice, es un término que se utiliza con un paciente que se da de alta de un hospital en contra del consejo de su médico tratante.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, según la definición del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

Deporte amateur: Una actividad deportiva, recreativa o atlética amateur o no profesional que está organizada, patrocinada y/o regulada, y/o que implique prácticas, juegos y/o competiciones regulares o programadas. El deporte amateur no incluye las actividades atléticas no organizadas, sin contacto, sin colisión, y realizadas por la persona asegurada únicamente con fines recreativos, de entretenimiento o de ejercicio físico.

Servicios Auxiliares: Todos los servicios hospitalarios para un paciente que no sean el alojamiento y la comida y los servicios profesionales. Las pruebas de laboratorio y la radiología son ejemplos de servicios auxiliares.

Solicitud: El formulario de solicitud/inscripción individual o familiar, completamente contestado y firmado, presentado por o en nombre de la persona asegurada para la aceptación o renovación de la cobertura de este plan de seguro, cuya solicitud se incorporará y formará parte de la Póliza Master y de este Certificado y del contrato de seguro. Cualquier agente/corredor de seguros u otra persona o entidad asignada, que solicite o ayude con la Solicitud es el agente y representante del solicitante/persona asegurada y no es ni será considerado como agente o representante de o en nombre de la Compañía o del Administrador del Plan.

ARC: Complejo relacionado con el SIDA, según la definición de los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

Asegurado: The Global Medical Services Group Insurance Trust, c/o Mutual Wealth Management Group, Carmel, IN.

Autorización para la cesión de información médica: Una autorización por escrito de la persona asegurada para que los proveedores de servicios de salud divulguen los registros médicos y la información relativa a su tratamiento anterior y actual.

Certificado; Certificado de seguro: Este documento emitido a la Persona Asegurada, que describe y proporciona un resumen y evidencia de las coberturas y beneficios elegibles pagaderos a, o para el beneficio de, la Persona Asegurada bajo el contrato de seguro, que incluye la Póliza Master, la Solicitud, la Declaración y cualquier Cláusula Adicional.

Gastos: Cualquier coste, tasa o impuesto derivado de los Gastos Médicos Elegibles incurridos en el Tratamiento de una

Lesión o Enfermedad.

Niño; Niños: La persona asegurada que tiene al menos treinta y un (31) días de edad pero menos de diecinueve (19) años.

Clase VI: Una sección de un río, arroyo u otra vía fluvial o curso de agua en la que la corriente se mueve con suficiente velocidad o fuerza para cumplir, pero sin exceder, las calificaciones de la Clase VI según lo determinado por la Escala Internacional de Dificultad Fluvial o según lo publicado comúnmente por una autoridad local o agencia gubernamental.

Coaseguro: El pago por o las obligaciones de la persona asegurada para el pago de los Gastos Médicos Elegibles en el porcentaje especificado en el RESUMEN DE BENEFICIOS contenido en este documento y sin incluir cualquier Deducible aplicable.

Deportes de contacto: Deporte en el que los participantes se golpean o chocan intencionadamente entre sí o contra objetos inanimados, incluido el suelo, con gran fuerza y que se limita a los siguientes: Fútbol americano, boxeo, hockey sobre hielo, lacrosse, artes marciales de contacto total, rodeo, rugby y lucha libre.

Compañía: La Compañía, como se menciona en la Póliza Master y en este Certificado, es Sirius Specialty Insurance Corporation (publ), 140 Broadway, 32nd Floor, New York, New York 10005. Este seguro y sus riesgos son suscritos por la Compañía en calidad de aseguradora y suscriptora, y la Compañía es la única obligada y responsable de la cobertura y las prestaciones proporcionadas por este seguro.

Trastorno Congénito: Cualquier anomalía, deformidad, enfermedad, dolencia, lesión o condición médica presente al nacer, ya sea diagnosticada o no.

Convalecencia: Tratamiento, servicios y suministros proporcionados para ayudar a la recuperación de un paciente para alcanzar un grado de funcionamiento corporal que permita el autocuidado en las actividades diarias esenciales.

Copago: La cantidad que la persona asegurada debe pagar por cada visita a un centro de urgencias o a una clínica.

País de Residencia: El país de residencia es el país en el que la persona asegurada tiene su residencia principal o habitual y cualquier país en el que la persona asegurada pague impuestos sobre la renta por su empleo en ese país. En caso de que haya más de un país de residencia según los criterios mencionados, el país de residencia es el que cumple con los criterios mencionados y que la persona asegurada indica como su país de residencia en la solicitud.

Cuidado de custodia: Aquellos tipos de tratamiento, atención o servicios, dondequiera que se proporcionen y con cualquier nombre, que están diseñados principalmente para ayudar a un individuo en las actividades de la vida diaria.

Declaración: La Declaración de Seguro emitida por el Administrador del Plan para y en nombre de la Compañía a la Persona Asegurada contemporáneamente con este Certificado (y/o en el momento de la renovación del mismo) que demuestra la cobertura de seguro de la Persona Asegurada bajo la Póliza Master tal y como se demuestra en este Certificado.

Deducible: La cantidad en dólares, seleccionada en la Solicitud y especificada en la Declaración, que la Persona Asegurada debe pagar de GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES por Enfermedad o Lesión antes de recibir los beneficios o la cobertura de este seguro, y sin incluir ningún Coaseguro aplicable.

Proveedor Dental; Dentista: Una persona debidamente autorizada para ejercer la odontología en el estado o país en el que se presta el servicio dental.

Tratamiento Dental: Tratamiento o suministros relacionados con el cuidado, el mantenimiento o la reparación de los dientes, las encías o los huesos que sostienen los dientes, incluidas las prótesis dentales y la preparación para las mismas.

País de destino: Todas las zonas geográficas a las que la persona asegurada se desplace o dentro de las cuales no se encuentre el lugar de residencia principal declarado en la solicitud como país de residencia.

Discapacitado: Una persona que tiene un defecto mental o físico congénito o adquirido que interfiere con el funcionamiento normal del sistema corporal o la capacidad de ser autosuficiente.

Equipo médico duradero (DME): Exclusivamente los siguientes artículos: una cama de hospital básica estándar y/o una silla de ruedas básica estándar.

Institución educativa: Una institución acreditada de educación primaria, secundaria, colegio o universidad, seminario, conservatorio, formación profesional u otra institución académica reconocida.

Atención educativa o de rehabilitación: Cuidados para restablecer (mediante educación o entrenamiento) la capacidad de una persona para funcionar de manera normal o casi normal después de una enfermedad o lesión. Este tipo de atención incluye, entre otros, la formación laboral, el asesoramiento, la terapia profesional u ocupacional y la logopedia.

Fecha de efecto; fecha de entrada en vigor de la cobertura: La fecha más tardía de (a) la fecha de cobertura de la Persona Asegurada indicada en la Declaración o (b) la fecha en que la Persona Asegurada salga de su País de Residencia.

Emergencia: Una condición médica que se manifiesta con signos o síntomas agudos que podrían poner en peligro la vida o la integridad física de la persona asegurada si no se le proporciona atención médica en un plazo de veinticuatro (24) horas, basándose en una certeza médica razonable. Se requiere una intervención y atención médica inmediata como resultado de una condición severa, que ponga en peligro la vida o sea potencialmente incapacitante.

Autorización de uso de Emergencia (EUA): Una autorización temporal emitida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para permitir el uso de un producto o servicio médico no aprobado, una cirugía o procedimiento quirúrgico, un medicamento recetado, un fármaco, un producto biológico, un equipo médico duradero o un dispositivo; o para permitir un uso o una aplicación no aprobados de un producto o servicio médico aprobado, una cirugía o procedimiento quirúrgico, un medicamento recetado, un fármaco, un producto biológico, un equipo médico duradero o un dispositivo.

Evacuación médica de Emergencia: El transporte de urgencia desde el Hospital o Centro médico donde se encuentra la persona asegurada hasta un Hospital o Centro médico no local, tras la recomendación del Médico que lo atiende y que certifica, con razonable certeza médica, que la persona asegurada ha experimentado:

- (a) una condición médica que se manifieste por signos o síntomas agudos que puedan razonablemente poner en peligro la vida o la integridad física de la persona asegurada si no se le proporciona atención médica en un plazo de veinticuatro (24) horas; y
- (b) cuando el tratamiento médicamente necesario no pueda proporcionarse localmente, ya sea en el centro del médico que lo atiende o en otro centro local.

Epidemia: La aparición de más casos de enfermedad de los esperados en una zona determinada o entre un grupo específico de personas durante un periodo de tiempo concreto.

EST: Hora estándar del Este de Estados Unidos.

Experimental: Cualquier tratamiento que incluya fármacos, procedimientos o servicios completamente nuevos y no probados, o cuyo uso tenga una finalidad distinta de aquella para la que han sido aprobados previamente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA); nuevas combinaciones de fármacos o servicios; y/o terapias alternativas que no sean normas generalmente aceptadas de la práctica médica actual.

Centro de cuidados prolongados: Una institución, o una parte distinta de una institución, que está autorizada como Hospital, Centro de Cuidados Prolongados o Centro de Rehabilitación por el estado o país en el que opera; y se dedica regularmente a proporcionar cuidados de enfermería especializados durante veinticuatro (24) horas bajo la supervisión regular de un Médico y la supervisión directa de una Enfermera titulada; y mantiene un registro diario de cada paciente; y proporciona a cada paciente un programa planificado de observación prescrito por un Médico; y proporciona a cada paciente un Tratamiento activo de una Enfermedad o Lesión. Un centro de cuidados prolongados no incluye un centro principalmente para el descanso, los ancianos, el abuso de sustancias, los cuidados de custodia, los cuidados de enfermería o para el cuidado de los trastornos mentales o nerviosos o de los incapacitados mentales.

Deportes extremos: Actividades recreativas que implican un alto grado de riesgo. Estas actividades a menudo implican velocidad, altura, un alto nivel de esfuerzo físico y/o un equipo altamente especializado y a menudo conllevan el riesgo potencial de lesiones físicas graves o permanentes e incluso la muerte.

Centro: Entidad sanitaria autorizada, como un hospital, una clínica, un centro de rehabilitación o un centro de cuidados prolongados.

Familia: La persona asegurada, su cónyuge y cualquier hijo o hijos que estén cubiertos como persona asegurada por este plan de seguros.

Estudiante a tiempo completo: Una persona que está inscrita en un programa que conduce a un título, certificado u otra credencial educativa reconocida y que asiste regularmente a una Institución Educativa durante el número mínimo de horas de crédito requeridas por la Institución Educativa para mantener la condición de Estudiante a Tiempo Completo. Los cursos de formación en el trabajo, las escuelas por correspondencia o las escuelas que sólo ofrecen cursos a través de Internet no se consideran instituciones educativas.

Alerta mundial de viaje: Una declaración, advertencia o aviso publicado, incluido cualquier documento de la página web, emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Oficina de Asuntos Consulares de los Estados Unidos o una agencia gubernamental o no gubernamental similar del país de residencia o del país de destino de la persona asegurada, que advierte que cualquier viaje global (viaje a cualquier lugar) plantea graves riesgos para la salud, la seguridad y la protección o expone a la persona asegurada a una mayor probabilidad de riesgos que ponen en peligro su vida, incluidos todos los avisos o advertencias globales del Departamento de Estado de los Estados Unidos Niveles "3 - reconsiderar el viaje" y "4 - no viajar" y los avisos o las advertencias globales de los CDC de nivel "3 - evitar los viajes no esenciales" o cualquier nivel superior. Para evitar dudas, una advertencia global de viaje abarca todas las zonas afectadas, incluidos los Estados Unidos de América y todos sus territorios.

Órgano o autoridad de gobierno: Una organización de control reconocida a nivel nacional para un deporte o actividad, o una organización que proporciona directrices y recomendaciones en prácticas de seguridad para un deporte o actividad.

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, según la definición del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos.

HIV +: Pruebas de laboratorio definidas por los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos como positivas para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Agencia de asistencia sanitaria a domicilio: Una agencia pública o privada o una de sus subdivisiones, que opera de acuerdo con la ley y se dedica regularmente a proporcionar cuidados de enfermería a domicilio bajo la supervisión de una enfermera titulada; y mantiene un registro diario de cada paciente; y proporciona a cada paciente un programa planificado de observación y tratamiento prescrito por un médico.

Cuidados de enfermería a domicilio: Servicios y/o Tratamientos proporcionados por una Agencia de asistencia sanitaria a Domicilio y supervisados por una Enfermera Titulada que están dirigidos al cuidado de la Convalecencia de un paciente, siempre y cuando dichos cuidados sean Médicamente Necesarios y en sustitución de los cuidados de Hospitalización Médicamente Necesarios. Los Cuidados de Enfermería a Domicilio no incluyen los servicios o Tratamientos destinados principalmente a los Cuidados de Custodia o a la rehabilitación.

Cuidados paliativos: Cuidados prestados en un centro de hospitalización o en el domicilio del paciente. Los cuidados paliativos deben estar certificados por un médico y la esperanza de vida es de seis (6) meses o menos.

Hospital: Una institución que funciona como un hospital de acuerdo con la ley; está autorizada por el estado o país en el que opera; funciona principalmente para la recepción, el cuidado y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas como pacientes internos; proporciona un servicio de enfermería de veinticuatro (24) horas por parte de enfermeras tituladas de servicio o de guardia; tiene un personal de uno (1) o más médicos disponibles en todo momento; proporciona instalaciones y equipos organizados para el diagnóstico y el tratamiento de trastornos médicos, quirúrgicos, mentales o nerviosos agudos en sus instalaciones; y no es principalmente un centro de cuidados a largo plazo, un centro de cuidados prolongados, un centro de enfermería, de descanso, de cuidados de custodia, un hogar de convalecencia, un lugar para ancianos, adictos a las drogas o que abusan de ellas, alcohólicos o fugitivos, o un establecimiento similar.

Hospitalización; Hospitalizado: Ingresado y/o tratado en un hospital como paciente interno.

Enfermedad: Enfermedad, trastorno, dolencia, patología, anormalidad, malestar, morbilidad, aflicción, discapacidad, defecto, minusvalía, deformidad, defecto de nacimiento, defecto congénito, sintomatología, síndrome, malestar, infección, afección, dolencia, enfermedad de cualquier tipo o cualquier otra condición médica, física o de salud. No obstante, la enfermedad no incluye las dificultades de aprendizaje, ni los trastornos de actitud o los problemas de disciplina. Todas las Enfermedades que existan simultáneamente o que surjan con posterioridad a una Enfermedad anterior y que directa o indirectamente se relacionen o resulten o surjan de las mismas causas o por otras relacionadas o como consecuencia de las mismas o entre sí se consideran una única Enfermedad. Además, si una Enfermedad posterior resulta o surge de causas o consecuencias que son las mismas o están relacionadas con las causas o consecuencias de una Enfermedad anterior, la Enfermedad posterior se considerará una continuación de la Enfermedad anterior y no una Enfermedad independiente.

Formulario de reclamación de IMG: Un formulario que permite a la persona asegurada solicitar el reembolso o el pago directo de los servicios médicos obtenidos.

Implante: Cualquier dispositivo, objeto o artículo médico que se implanta, inserta o instala quirúrgicamente con fines médicos dentro o sobre el cuerpo de un paciente, incluso por razones ortopédicas o protésicas.

Fecha de entrada en vigor: La fecha en que la persona asegurada obtiene inicialmente la cobertura de este plan de seguro y mantiene una cobertura ininterrumpida a partir de entonces.

Lesión: Lesión corporal resultante o derivada directamente de un Accidente. Todas las lesiones resultantes o derivadas de un mismo accidente se considerarán una única lesión.

Paciente interno: Una persona que ha sido admitida y facturada por un Hospital por la ocupación de una cama con el fin de recibir servicios de Hospitalización. Generalmente, un paciente es considerado un Paciente Interno si el Hospital le factura los cargos como Paciente Interno, y es formalmente admitido como Paciente Interno con la expectativa de que la persona ocupará una cama y (a) permanecerá al menos una noche o (b) se espera que necesite atención hospitalaria durante veinticuatro (24) horas o más.

Persona asegurada: La persona que figura como asegurada en la declaración.

Unidad de Cuidados Intensivos: Un área o unidad de un Hospital que cumple con los estándares requeridos por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias para Unidades de Cuidados Especiales.

Traslado en ambulancia entre centros: Traslado del paciente a nivel local dentro de los Estados Unidos desde un centro sanitario autorizado a otro centro sanitario autorizado mediante ambulancia aérea o terrestre (ejemplos: De hospital a hospital, de clínica a hospital, de hospital a centro de cuidados prolongados). El traslado en ambulancia entre centros debe ser médicamente necesario y estar precertificado de antemano para ser un gasto médico elegible.

Investigación Cualquier tratamiento que incluya fármacos, procedimientos o servicios que aún se encuentren en fase de evaluación clínica y que todavía no hayan sido aprobados para su uso por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) / Agencia Europea de Medicamentos, incluida una autorización de uso de emergencia por parte de la FDA. / EMA.

Transporte local en ambulancia; gastos locales en ambulancia: El transporte y el correspondiente tratamiento proporcionado por personal de emergencia designado, autorizado, cualificado y profesional, desde el lugar de un Accidente, Lesión o Enfermedad aguda hasta un Hospital u otro Centro de Salud apropiado.

Póliza master: La Póliza principal aplicable emitida por la Compañía al Asegurado, y bajo la cual la cobertura y beneficios de seguro son proporcionados por la Compañía a la Persona Asegurada, sujeto a los Términos de la misma, y como se describe y evidencia por este Certificado y sujeto a los Términos del mismo. La Compañía, como aseguradora y suscriptora de la Póliza Master, es la única responsable de la cobertura y beneficios provistos bajo la misma.

Límite Máximo: La cantidad total acumulada de pagos de beneficios y/o reembolsos disponibles para una persona asegurada bajo este seguro. Cuando se alcance el Límite Máximo, no habrá más beneficios, reembolsos o pagos disponibles bajo este seguro.

Medicamento necesario; Necesidad médica: Un tratamiento, servicio, medicamento o suministro que es necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, según los estándares generalmente aceptados de la práctica médica actual, tal como lo determina la Compañía. A modo de ejemplo, pero sin limitarse a ello, un servicio, Tratamiento, medicamento o suministro no se considerará Medicamento Necesario o una Necesidad Médica si se proporciona u obtiene sólo como una conveniencia para la Persona Asegurada o su proveedor; y/o si no es necesario o apropiado para el Tratamiento, el diagnóstico o los síntomas de la Persona Asegurada; y/o si excede (en alcance, duración o intensidad) el nivel de atención que se necesita para proporcionar un diagnóstico o Tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

Trastornos mentales o nerviosos: Cualquier enfermedad mental, nerviosa o emocional que generalmente denota una enfermedad del cerebro con síntomas de comportamiento predominantes; una enfermedad de la mente o de la personalidad, evidenciada por un comportamiento anormal; o una enfermedad o trastorno de la conducta evidenciado por un comportamiento socialmente desviado. Los Trastornos Mentales o Nerviosos incluyen, sin limitación: psicosis; depresión; esquizofrenia; trastorno afectivo bipolar; dificultades de aprendizaje y problemas de actitud o disciplina; cualquier enfermedad o condición, independientemente de que la causa sea orgánica, que esté clasificada como Trastorno Mental en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; y aquellas enfermedades psiquiátricas y otras enfermedades mentales enumeradas en la edición actual del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. A efectos de este seguro, los Trastornos Mentales o Nerviosos no incluyen el Abuso de Sustancias.

Restos mortales: Los restos corporales o las cenizas de una persona asegurada.

Catástrofes naturales: Perturbación generalizada de vidas humanas por desastres como inundaciones, sequías, maremotos, incendios, huracanes, terremotos, vendavales u otras tormentas, corrimientos de tierra u otras catástrofes naturales que provoquen la migración de la población humana por su seguridad. El suceso debe ser una catástrofe que se deba enteramente a las fuerzas de la naturaleza y que no haya podido evitarse razonablemente.

Recién nacido: Un bebé desde el momento de su nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.

Paciente externo: Una persona que recibe un tratamiento médicamente necesario por parte de un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria y que no es un paciente interno, independientemente de la hora a la que la persona llegó al hospital, de si se utilizó una cama o de si la persona permaneció en el hospital después de la medianoche.

Pandemia: Un brote mundial de una enfermedad.

Participante: Un estudiante, becario, pasante, profesor o aprendiz inscrito en un programa de intercambio educativo o cultural con el fin de enseñar, estudiar, investigar o recibir formación en el trabajo durante un período temporal de tiempo.

Periodo de Cobertura: El período que comienza en la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este certificado y que finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- (a) la fecha de finalización especificada en la Declaración; o
- (b) la fecha de finalización establecida conforme a las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, cláusula FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS PERSONAS ASEGURADAS.

El periodo de cobertura no puede ser superior a doce (12) meses consecutivos.

Médico: Un profesional de la medicina debidamente formado, entrenado y autorizado. Un Médico debe estar autorizado en la actualidad y de forma adecuada por el estado o país en el que se prestan los servicios, y los servicios deben estar dentro del ámbito de dicha licencia, formación, experiencia, competencia y normas de práctica de las profesiones sanitarias.

Administrador del Plan: El administrador del plan para este seguro es International Medical Group®, Inc., 2960 North Meridian Street, Indianapolis, Indiana, 46208, Número de teléfono +1.317.655.4500, o +1.800.628.4664, Número de fax

+1.317.655.4505, Sitio web: <http://www.imglobal.com>, Correo electrónico: insurance@imglobal.com. Como administrador del plan, International Medical Group, Inc. actúa únicamente como agente y representante revelado y autorizado para y en nombre de la Compañía, y no tiene, y no se considerará, ni se alegará que tiene, ninguna responsabilidad directa, indirecta, conjunta, solidaria, separada, individual o independiente, responsabilidad u obligación de ningún tipo en virtud de la Póliza Master, la Declaración, cualquier Cláusula Adicional o este Certificado para con la Persona Asegurada o cualquier otra persona o entidad, incluyendo, sin limitación, a cualquier Médico, Hospital, Centro de Cuidados Prolongados, Agencia de asistencia sanitaria a Domicilio, o cualquier otro proveedor de servicios médicos o de atención de la salud.

Precertificación: Una determinación general de Necesidad Médica solamente, hecha por la Compañía en base a la integridad y exactitud de la información proporcionada por la Persona Asegurada y/o los proveedores de servicios médicos

o de salud de la Persona Asegurada, tutores, Parientes y/o apoderados en el momento de la misma. La precertificación no es una garantía, autorización, preautorización o verificación de la cobertura, una verificación de los beneficios o una garantía de pago.

Enfermedad preexistente: Cualquier lesión, enfermedad, dolencia o cualquier otro trastorno físico, médico, mental o nervioso que, con razonable certeza médica, existiera en el momento de la solicitud o en cualquier momento durante los tres (3) años anteriores a la fecha de entrada en vigor de este seguro, se haya o no manifestado previamente, sea sintomática o conocida, diagnosticada, tratada o revelada a la Compañía antes de la Fecha de Entrada en Vigor, e incluyendo todas y cada una de las complicaciones o consecuencias posteriores, crónicas o recurrentes relacionadas con la misma o resultantes o derivadas de ella.

Embarazo; Embarazada: El proceso de crecimiento y desarrollo dentro de los órganos reproductores de una mujer de un nuevo individuo desde el momento de la concepción, pasando por las fases de crecimiento del embrión y el desarrollo del feto, hasta el nacimiento.

Prima: Los pagos de las Primas requeridas para hacer efectivo y mantener la cobertura del seguro de la persona Asegurada y los beneficios bajo este seguro, en las cantidades y en los momentos que consiere oportuno ("Fechas de Vencimiento") establecidos por la Compañía a su entera discreción.

Deporte profesional: Una actividad deportiva, incluyendo la práctica, la preparación y los eventos deportivos concretos, para cualquier individuo o equipo organizado que sea miembro de una organización deportiva profesional reconocida; que esté directamente apoyada o patrocinada por un equipo profesional o una organización deportiva profesional; que sea miembro de una liga de juego que esté directamente apoyada o patrocinada por un equipo profesional o una organización deportiva profesional; o que cualquier deportista reciba por su participación cualquier tipo de pago o compensación, directa o indirectamente, de un equipo profesional o una organización deportiva profesional.

Prueba de reclamación: Formulario de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado y firmado, autorización para la divulgación de información médica, declaración del médico, del hospital o de otro proveedor de asistencia sanitaria en la que se detallen los costes y los servicios prestados y el comprobante de pago de los servicios prestados. Para más detalles, consulte las CONDICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES, NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES, PRUEBA DE RECLAMACIÓN.

Emergencia de salud pública de ámbito internacional: Declaración oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de un acontecimiento extraordinario que se considera un riesgo para la salud pública por la propagación internacional de una enfermedad, una epidemia o una pandemia y que puede requerir una respuesta internacional coordinada.

Radiología: Servicios especializados que utilizan la imagen médica para diagnosticar y tratar las enfermedades que se observan en el cuerpo. Las técnicas de imagen utilizadas en radiología incluyen los rayos X, la radiografía, la ecografía, la tomografía computarizada (TC), la medicina nuclear, incluida la tomografía por emisión de positrones (PET), y la resonancia magnética (RM).

Enfermera titulada: Un enfermero graduado que ha sido registrado o autorizado para ejercer por una Junta Estatal de Examinadores de Enfermería u otra autoridad estatal, y que está legalmente autorizado a colocar las letras "R.N." después de su nombre.

Pariente: Un padre, tutor legal, cónyuge, hijo, hija o familiar directo de la persona asegurada.

Cláusula adicional: Cualquier anexo, tabla, adjunto, enmienda, endoso, Cláusula Adicional u otro documento adjunto, emitido en relación con la Póliza Master, este Certificado, la Declaración o la Solicitud, según sea el caso, o que forme parte de ella o sea aplicable a la misma.

Examen físico rutinario: Examen del cuerpo humano por parte de un médico sólo con fines preventivos o informativos, y no para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión previamente manifestada, sintomática, diagnosticada o conocida.

Autoinfligido: La acción u omisión por parte de la Persona Asegurada que ésta entiende conscientemente que causará o puede causar o contribuir, directa o indirectamente, a su Lesión o Enfermedad personal. La persona asegurada se autoinflige específicamente si no sigue las órdenes de su médico, no completa las prescripciones según las indicaciones, o no sigue ningún protocolo o procedimiento de atención médica diseñado para recuperar o mantener su salud.

Cónyuge: El cónyuge o pareja de hecho legal de la persona asegurada. Dicha relación debe haber cumplido con todos los requisitos de un contrato matrimonial, pareja de hecho o unión civil válidos en el estado o país de residencia donde se haya celebrado la ceremonia entre las partes.

Centro de salud para estudiantes: Un Centro médico operado por una Institución Educativa para el cuidado y Tratamiento médico de sus estudiantes, profesores y administración.

Abuso de sustancias: Abuso de alcohol, drogas o sustancias químicas, uso indebido, uso ilegal, uso excesivo o dependencia.

Facturación: Una lista detallada de todos los servicios prestados a la persona asegurada por un médico o proveedor médico.

Cirugía; intervención quirúrgica: Un procedimiento quirúrgico o de diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una enfermedad o lesión mediante operaciones manuales o instrumentales realizadas por un médico mientras el paciente está

bajo anestesia general o local.

Teleconsulta: El tratamiento de una enfermedad o lesión en el que participan la persona asegurada y un médico en diferentes lugares, y que están conectados por vídeo, audio y ordenadores.

Telesalud: La distribución de servicios e información relacionados con la salud a través de tecnologías electrónicas de información y telecomunicaciones. Permite el contacto a distancia entre el paciente y el médico, la atención, el asesoramiento, los recordatorios, la educación, la intervención, el seguimiento y los ingresos a distancia.

Telemedicina: Un proceso en el que una persona asegurada es teleconectada para una teleconsulta con un médico cualificado, pero es atendida en el punto remoto por un telepresentador. Este Telepresentador puede estar equipado con una cámara de examen o un estetoscopio, y posiblemente también con otros equipos médicos, con el fin de utilizar estos dispositivos médicos para recoger y transmitir datos a la oficina del médico o al médico tratante.

Telepresentador: Un asistente médico que está presente con la persona asegurada durante una Teleconsulta dirigida por un Médico a distancia.

Términos: Todos los términos, cláusulas, condiciones, definiciones, Deducibles, Coaseguros, límites, sublímites, limitaciones, redacciones, restricciones, requisitos, calificaciones y/o exclusiones que obligan a la Persona Asegurada según lo establecido en la Póliza Master, la Solicitud y cualquier Cláusula Adicional.

Terrorismo: Actos criminales, incluso contra civiles, cometidos con la intención de causar la muerte o lesiones corporales graves, o la toma de rehenes, con el propósito de proporcionar un estado de terror en el público en general o en un grupo de personas o personas concretas, intimidar a una población, u obligar a un gobierno u organización internacional a hacer o abstenerse de hacer un acto.

Invalidez total: La incapacidad, debida a una enfermedad o a una lesión, de una persona para trabajar o para obtener ingresos. La condición médica debe limitar significativamente la capacidad de realizar actividades laborales básicas, impedir que el individuo sea capaz de realizar el trabajo que hacía antes de la enfermedad o lesión, o impedir que el individuo sea capaz de realizar otro trabajo. En el caso de los niños, se trata de la incapacidad, debida a una enfermedad o lesión, de realizar una actividad lucrativa sustancial debido a una condición física o mental. Un médico cualificado debe certificar que la enfermedad del niño ha durado o puede esperarse que dure de forma continua hasta el final del periodo de cobertura o más, o que puede esperarse que la enfermedad provoque la muerte.

Lesión dental traumática: Una lesión que incluye:

- (a) Traumatismos que afecten a la cara, el cráneo, el cuello y/o las mandíbulas y que hayan provocado la pérdida de dientes o una lesión dental grave.
- (b) Lesión que requiere evaluación y tratamiento en la sala de urgencias de un hospital o en un entorno de internamiento hospitalario.

Advertencia de viaje; aviso de viaje de emergencia: Una declaración, advertencia o aviso publicado, incluido cualquier documento de la página web, emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, el Departamento de Estado de los Estados Unidos, la Oficina de Asuntos Consulares de los Estados Unidos o una agencia gubernamental o no gubernamental similar del País de Residencia o del País de Destino de la Persona Asegurada, que advierta que viajar a las Zonas Afectadas supone graves riesgos para la salud, la seguridad y la protección o expone a la Persona Asegurada a una mayor probabilidad de riesgos que pongan en peligro su vida, incluidos todos los avisos o advertencias de viaje del Departamento de Estado de los Estados Unidos de los niveles "3 - reconsidere el viaje" y "4 - no viaje" y los avisos o advertencias de viaje de los CDC del nivel "3 - evite los viajes no esenciales" o cualquier nivel superior. Para evitar dudas, una Advertencia de Viaje cubre todas las Áreas Afectadas especificadas, incluyendo los Estados Unidos de América, según corresponda.

Tratamiento: Todos y cada uno de los servicios y procedimientos prestados en la gestión y/o cuidado de un paciente con el fin de identificar, diagnosticar, tratar, curar, prevenir, controlar y/o combatir cualquier Enfermedad o Lesión, incluyendo sin limitación: asesoramiento verbal o escrito, consulta, examen, discusión, pruebas de diagnóstico o evaluación de cualquier tipo, farmacoterapia u otros medicamentos, y/o Cirugía.

Médico tratante: Un médico que proporciona tratamiento a la persona asegurada.

Inesperado: Repentino, involuntario, no esperado e imprevisto.

Formulario de facturación universal: Formularios UB 04 y CMS 1500, que son formularios estándar y uniformes en la industria de la salud para presentar reclamaciones de seguros a Medicare u otras compañías de seguros de salud para el reembolso.

Clínica de atención urgente: Un centro independiente o un centro situado dentro de un hospital que cuenta con médicos, enfermeras profesionales (NP) o asistentes médicos (PA). Las clínicas de atención urgente ofrecen servicios médicos para lesiones o enfermedades que no ponen en peligro la vida. Los centros de atención urgente cuentan con equipos de rayos X y ofrecen tratamiento para servicios de atención urgente más graves, como fracturas de huesos, quemaduras y otras afecciones no urgentes que las clínicas ambulatorias no pueden tratar.

Lo habitual, razonable y acostumbrado: Una cantidad típica y razonable de reembolso por servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre en el Cargo. Para determinar la cantidad típica y razonable de

reembolso, la Compañía puede, a su discreción razonable, considerar uno o más de los siguientes factores, sin limitación: el importe cobrado por el proveedor; el importe cobrado por proveedores o prestadores similares en la misma o similar localidad; el importe reembolsado por otros pagadores por los mismos o comparables servicios, medicamentos o suministros en la misma o similar localidad; si los servicios o suministros fueron desagregados o deberían haber sido incluidos en la prestación de otro servicio; el importe reembolsado por otros pagadores por los mismos o comparables servicios, medicamentos o suministros en otras partes del país; el coste para el proveedor de la prestación del servicio, medicamento o suministro; el nivel de conocimientos, el grado de formación y la experiencia necesarios para realizar el procedimiento o servicio; la duración del procedimiento o servicio en comparación con la duración de otros servicios similares; la duración del procedimiento o servicio en comparación con los estándares y/o puntos de referencia nacionales; la gravedad o la naturaleza de la enfermedad o lesión que se está tratando; y cualquier otro factor que la compañía, en el ejercicio razonable de su criterio, considere apropiado.

Visita médica virtual: Una consulta en directo realizada por Internet o por teléfono entre el médico y la persona asegurada.

Clínica ambulatoria: Un centro médico que proporciona servicios médicos para una lesión o enfermedad menor. Los consultorios suelen encontrarse dentro o cerca de establecimientos comerciales o farmacias. El personal que presta servicios médicos son enfermeras y asistentes médicos.

Empeoramiento: El deterioro del estado de salud, de los síntomas o del diagnóstico de la persona asegurada que pueda dar lugar a complicaciones posteriores a un alta contra consejo médico o a un aumento de la probabilidad o de la necesidad de readmisión.

Patriot Exchange ProgramSM

Certificado de Seguro

Plan Administered by:



Plan Underwritten by:

