



**TOKIOMARINE**  
**HCC**

Medical Insurance Services Group  
251 North Illinois Street, Suite 600, Indianapolis, IN, 46204 USA  
Tel: 317-262-2132 Fax: 317-262-2140 Línea gratuita: 800-605-2282  
<http://service.hccmis.com>  
hccmis.com

# STUDENTSECURE<sup>®</sup> ELITE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

# ÍNDICE

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE DE EE. UU. ("PPACA", en inglés): .....**Error! Bookmark not defined.**

RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA .....3

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU SEGURO DE VIAJE .....3

CANCELACIÓN.....3

ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS EE. UU. ....4

RECLAMOS .....4

APELACIONES Y QUEJAS.....4

DEFINICIONES .....4

ENFERMEDADES PREEXISTENTES .....4

PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....4

DERECHOS DE LOS TERCEROS .....4

LEY Y COMPETENCIA .....5

TOKIO MARINE HCC MEDICAL INSURANCE SERVICES GROUP ("MIS GROUP") .....5

APTITUD DE LOS MIEMBROS .....5

APTITUD .....5

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Y EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO .....5

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO: .....5

FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO .....6

PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA .....6

PERIODO DE BENEFICIOS .....6

RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES .....7

REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS .....9

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS . 10

PRUEBA DEL RECLAMO ..... 10

COOPERACIÓN EN RECLAMOS..... 10

ACCESO A MATERIALES ADICIONALES..... 10

OTRO SEGURO ..... 10

ARBITRAJE ..... 10

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA ..... 11

CÓMO APELAR UN RECLAMO..... 11

PROCEDIMIENTO DE QUEJA..... 11

ENFERMEDADES PREEXISTENTES..... 11

INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES ..... 12

GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN..... 12

GASTOS MÉDICOS ..... 12

EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA ..... 14

REPATRIACIÓN DE RESTOS ..... 14

REUNIÓN DE EMERGENCIA ..... 15

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL ..... 15

DEPORTES Y ACTIVIDADES ..... 16

A. DEPORTES A NIVEL INTERNO Y ENTRE COLEGIO, UNIVERSIDAD O CLUB..... 17

B. DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR ..... 17

RESPONSABILIDAD PERSONAL..... 18

TERRORISMO ..... 19

EXCLUSIONES GENERALES..... 20

DEFINICIONES..... 22

ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL ..... 26

ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL ..... 27

# DECLARACIÓN DE EXENCIÓN Y NOTIFICACIÓN IMPORTANTES DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE DE EE. UU. (“PPACA”, EN INGLÉS)

Este seguro no está sujeto a la PPACA de los Estados Unidos y no presta algunos beneficios de seguro exigidos por esta ley. La PPACA exige a ciertos residentes y ciudadanos de los EE. UU. que contraten un seguro médico o una “cobertura básica mínima” conforme a la PPACA. La PPACA también les exige a ciertos empleadores que les ofrezcan a sus empleados la cobertura de seguro conforme a la PPACA. Podrían imponerse multas impositivas a los residentes y ciudadanos de EE. UU. que no cuenten con una cobertura de seguro básica mínima y a ciertos empleadores que no ofrezcan la cobertura de seguro conforme a la PPACA. En algunos casos, se podría considerar que ciertas personas cuentan con la cobertura de seguro básica conforme a la PPACA aun cuando su cobertura de seguro no brinde todos los beneficios que exige la PPACA. **Usted** debería consultar con su abogado o profesional impositivo para determinar si esta póliza cumple con todas las obligaciones que la PPACA le exige a **usted**.

---

## RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N. ° 181920-STU. Para recibir una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con Tokio Marine HCC Medical Insurance Services Group.

El objetivo de esta Descripción es ayudarlo a **usted** a entender el seguro que **su** certificado le otorga. Este detalla las características, beneficios, limitaciones, exclusiones, definiciones clave, el resumen de beneficios y límites y toda certificación aplicables a **su certificado**.

Los niveles de cobertura que se aplican a **su** cobertura se detallan en el resumen de beneficios y límites.

---

## CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE **SU** SEGURO DE VIAJE

### CANCELACIÓN

Esperamos que esté conforme con la cobertura que esta póliza le ofrece. No obstante, si después de leer, este seguro no cumple con **sus** requisitos, notifíquenos de **su** intención de cancelarlo y **nosotros** le reembolsaremos **su** prima.

Las primas serán reembolsadas en su totalidad si una solicitud de cancelación se recibe antes de la fecha de **entrada efectiva del certificado**.

Las primas podrán reembolsarse luego de la **fecha efectiva del certificado** sujeto a las siguientes disposiciones:

1. Corresponderá una comisión por cancelación de \$25 por los costos administrativos en los que incurramos **nosotros** y
2. Se reembolsará únicamente la prima de meses completos no utilizados, si el pago es en cuotas mensuales, o de días no utilizados, si se paga por completo, del plan; y

3. **Usted** no debe haber presentado ningún reclamo para poder resultar apto para un reembolso de una prima y
4. No se otorgará ningún reembolso de la prima después de los 60 días.

### ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS EE. UU.

Esta póliza de seguro ofrece la opción de una red de la PPO para tratamiento médico prestada dentro de los EE. UU. Si **usted** elige recibir tratamiento de un proveedor de PPO, los cargos facturados por los gastos aptos podrían reducirse y **nosotros** le remitiremos su pago directamente al proveedor. Asimismo, aplicaremos el **coseguro** dentro de la red aplicable a los gastos.

Puede consultar una lista de **hospitales, médicos** y otros proveedores de servicios médicos incluidos dentro de la Red de la PPO para la zona en la que **usted** está recibiendo el tratamiento accediendo al sitio de Internet de Tokio Marine HCC - MIS Group: [www.hccmis.com](http://www.hccmis.com). Para asistencia para contactarse con un proveedor, contáctenos al 1-800-605-2282.

### RECLAMOS

La presente póliza de seguro contiene un Procedimiento de Reclamo que **le** indica los pasos que debe seguir para presentar un reclamo y explica **nuestras** obligaciones hacia **usted**. A partir del último día del **periodo de su certificado**, **usted** tendrá **60 días** para presentarnos la **prueba del reclamo**.

### APELACIONES Y QUEJAS

La presente póliza de seguro contiene un Procedimiento de Apelaciones y Quejas que **le** indica los pasos que debe seguir si desea presentar una apelación o queja.

### DEFINICIONES

La presente póliza de seguro tiene términos definidos que se indican con palabras escritas en negrita (sin incluir los títulos). Los términos definidos pueden encontrarse en la sección de beneficios correspondiente o en las definiciones generales.

### ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La presente póliza de seguro no incluye cobertura para **enfermedades preexistentes** durante los primeros seis (6) meses, excepto por los recargos que surjan directamente de un Inicio agudo de enfermedades preexistentes, una Evacuación médica de emergencia o una Repatriación de restos, según los siguiente.

Esta póliza define una **enfermedad preexistente** y proporciona la descripción del beneficio por Inicio agudo de enfermedades preexistentes.

### PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

**Nosotros** respetamos la privacidad personal y valoramos **su** confianza. **Nosotros** restringimos el acceso a la información personal a los empleados/socios que necesitan conocer esa información para desempeñar su trabajo. Todo empleado que Tokio Marine HCC Medical Insurance Services Group determine que está violando la presente póliza será pasible de una medida disciplinaria, lo que incluye su despido y una acción penal.

No divulgaremos **su** información personal a terceros fuera de Tokio Marine HCC ni a **nuestros** socios a menos que se ordene hacerlo para cumplir con la ley de los países en los que operamos o al dar cumplimiento al proceso legal.

### DERECHOS DE LOS TERCEROS

**Usted** podrá ceder los beneficios en virtud de este seguro a un **hospital, médico** u otro proveedor. Dicha cesión no conferirá a dicho **hospital, médico** u otro proveedor, cualquier derecho o privilegio que se le otorgue en virtud de este seguro excepto por el derecho a recibir los beneficios, si los hubiera, que hayan sido determinados como debidos y pagaderos en virtud del presente. Ningún **hospital, médico** u otro proveedor tendrán ningún reclamo o derecho de acción directo o indirecto contra **nosotros**.

## LEY Y COMPETENCIA

No podrá iniciarse ninguna acción conforme a derecho o equidad para recuperar los beneficios en virtud de este seguro sino hasta 60 días después de que la prueba del reclamo escrita **nos** haya sido enviada. Dicha acción no podrá presentarse finalizados los tres (3) años siguientes al momento en que se requiera la entrega de la prueba del reclamo escrita. La validez, interpretación y ejecución del presente contrato se regirán e interpretarán de acuerdo con las leyes de las Islas Bermudas.

## TOKIO MARINE HCC MEDICAL INSURANCE SERVICES GROUP (“MIS GROUP”)

Subsidiaria de Tokio Marine HCC, HCC Lloyd's Syndicate 4141 es administrada por HCC Underwriting Agency Ltd, que está autorizada por la Autoridad Regulatoria Prudencial (PRA) y se rige por la Autoridad de Conducta Financiera (FCA) y la Autoridad Regulatoria Prudencial (PRA). Inscripta en Inglaterra y Gales bajo el No. 04632146. Domicilio registrado: 1 Aldgate, London EC3N 1RE, United Kingdom. Lloyd's es una entidad aseguradora autorizada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para operar en España, bajo la clave L0017.

Estos detalles pueden verificarse en el Registro de Servicios Financieros visitando: [www.fca.org.uk](http://www.fca.org.uk) o contactándose con la Autoridad de Conducta Financiera al 0800 111 6768.

---

## APTITUD DE LOS MIEMBROS

### APTITUD

1. **Usted** debe ser menor de 65 años y
  - a. Ser **estudiante de tiempo completo** en un colegio o universidad (sin incluir los colegios y universidades en línea) o
  - b. Dentro de los 31 días de ser un **estudiante de tiempo completo** en un colegio o universidad o
  - c. Ser estudiante menor de 19 años inscripto en una escuela secundaria o
  - d. Ser **profesor de tiempo completo** afiliado a una institución educativa y que realiza su trabajo o investigación por al menos 30 horas por semana y
2. **Usted** debe residir fuera de **su país de residencia** con el objetivo de llevar a cabo actividades educativas internacionales; y
3. **Usted** no deben haber obtenido el estado de residente en el **país anfitrión** y
4. Si se encuentra en los EE. UU., **usted** debe contar con una Visa educativa válida. Podría solicitarse una copia del I-20 o DS2019.

Titulares de J-1 y F-1: El requisito del estado de **estudiante/profesor de tiempo completo** queda sin efecto dentro de EE.UU. si **usted** posee una visa F-1 válida (incluida la Capacitación Práctica Opcional (OPT, en inglés)) o una visa J-1. Los requisitos del estado de tiempo completo continúan vigentes para los individuos que posean visas M-1 u otras categorías de visas.

---

## FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Y EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

### FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO:

El seguro contraído en virtud del presente comenzará:

1. en el momento en que **nosotros** recibamos una solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por Internet o por fax;
2. a las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. del día en que recibamos la solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por correo;
3. en el momento en que **usted** abandone **su país de residencia** o

4. a las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud, lo que ocurra después.

#### FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente finalizará:

1. a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. del último día del periodo por el cual se pagó la prima;
2. a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud;
3. a las 12:01 a.m. hora del Este de EE.UU. de la fecha en la que **usted** ya no cumple con los requisitos de aptitud: o
4. en el momento de llegada, a **su** regreso a **su país de residencia** (a menos que haya comenzado un periodo de beneficios o resulte apto para la cobertura en su país de residencia).

---

## PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

### PERIODO DE BENEFICIOS

Mientras el **certificado** se encuentre vigente, el periodo de beneficios no será aplicable. Luego de la extinción del **certificado**, en virtud de la presente disposición, **nosotros** pagaremos los gastos médicos aptos, por hasta 60 días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubiertas mientras **usted** se encuentre fuera de **su país de residencia** y mientras este **certificado** tenga vigencia. “El periodo de beneficios se aplica únicamente a los gastos médicos aptos relacionados con la condición por la que **usted** fue hospitalizado como un **paciente hospitalizado** en la fecha de terminación del **certificado**”.

Si **usted** comienza un periodo de beneficios mientras el **certificado** se encuentra vigente, y el **certificado** finaliza debido a que **usted** regresa a **su país de residencia**, **nosotros** pagaremos los gastos médicos aptos que hayan sido incurridos en **su país de residencia** durante el periodo de beneficios. La cobertura en el país de residencia se aplica únicamente a los gastos médicos aptos relacionados por los que **usted** fue hospitalizado como un **paciente hospitalizado** en la fecha de terminación del **certificado**”.

### COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

Por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, **usted** resultará apto para recibir hasta un máximo de 15 días de cobertura en **su** país de residencia por los gastos médicos aptos. Los beneficios acumulados durante un solo periodo de tres meses no se acumularán para otro periodo. Si no continúa **su** viaje internacional o si regresa a **su país de residencia** con el único propósito de recibir el tratamiento adecuado para una **enfermedad** o **lesión** que comenzó mientras estaban de viaje, de conformidad con los términos del presente contrato, se anulará toda cobertura en el país de residencia.

Para todos los ciudadanos no estadounidenses que elijan el área de cobertura “Sin incluir a EE.UU.” y para todos los ciudadanos estadounidenses o residentes, no se provee cobertura dentro de los Estados Unidos, excepto por los ciudadanos estadounidenses o residentes durante una visita al país de residencia incidental o un periodo de beneficios apto.

---

Excepto en el caso del periodo de beneficios, la cobertura que se presta en virtud de la presente Póliza Maestra será por un plazo máximo de 364 días. Toda extensión se basará en las normas de aptitud en vigencia y quedará sujeta a **nuestra** discreción exclusiva.

Sin perjuicio de lo antedicho, la cobertura en virtud de los planes finalizará en la fecha en la que nosotros, a **nuestro** exclusivo criterio, decidamos cancelar a todos los **miembros** del mismo sexo, edad, clase o ubicación geográfica, siempre que los enviemos una notificación por correo a **su** último domicilio conocido con una antelación mínima de 30 días.

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES

| Detalles del Plan  |  |
|--|--|
| Límite máximo general  | \$1.000.000  |
| Máximo por lesión/enfermedad   | \$500.000  |
| Deducibles (excepto por uso de la sala de emergencias)                                 | \$25 por <b>lesión o enfermedad</b> dentro de la red de la Organización Proveedoradora Preferida (PPO), en un <b>centro de salud estudiantil</b> , de lo contrario, \$50 por <b>lesión o enfermedad</b> .<br>Si el tratamiento se recibió fuera de los EE. UU. \$25 por <b>lesión o enfermedad</b> . |
| Deducible por uso de la sala de emergencias (reclamos incurridos en EE. UU. solamente) | \$100 por tratamiento recibido en una sala de emergencias  |
| Coseguro – Reclamos incurridos en EE. UU.  |  |
| Pago dentro de la red  | <b>Dentro de la PPO: Nosotros</b> pagaremos el 100% de los gastos aptos después del deducible hasta el límite máximo general.  |
| Pago fuera de la red   | <b>Fuera de la PPO: normales, razonables y usuales.</b> Puede que <b>usted</b> deba abonar los cargos que superen el monto pagadero.   |
| Coseguro – Reclamos incurridos fuera de EE. UU.  | <b>Nosotros</b> pagaremos el 100% de los gastos aptos después del deducible hasta el límite máximo general.  |

Los gastos aptos están sujetos a **deducibles, coseguros, límite máximo general, y son por periodo del certificado, a menos que se indique específicamente lo contrario.**

| Beneficio   | Límite  |
|---|---|
| Habitación y comida en el hospital                | Tarifa promedio de una habitación semi-privada, incluidos los servicios de enfermería.  |
| Unidad de Cuidados Intensivos                     | Hasta el límite máximo general.   |
| Ambulancia local                                  | Hasta \$750 por <b>lesión o enfermedad</b> , cuando la <b>lesión o enfermedad</b> cubierta tiene como resultado la hospitalización como paciente hospitalizado. – <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i>                            |
| Tratamiento ambulatorio                           | Hasta el límite máximo general.   |
| Drogas con receta ambulatorias                    | <b>Medicamentos genéricos:</b> 100% de coseguro<br><b>Medicamentos de marca:</b> 50% de coseguro.<br><b>Medicamentos especiales:</b> Sin cobertura<br>– <i>no sujeto a deducible</i>  |
| Vacunación  | Hasta \$150. Las vacunas y análisis cubiertos son: Sarampión, Parotiditis, Rubéola, (SPR); Difteria, Pertusis, Tétanos (DPT); Varicela; Hepatitis B y Meningitis (Meningococo MCV4 y B)<br>– <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i> |
| Fisioterapia y atención quiropráctica ambulatoria | Hasta \$75 por visita por día – <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i><br>Debe ser pedido con anticipación por un <b>médico</b> y no puede ser obtenido en un <b>centro de salud para estudiantes.</b>                              |
| Deportes en el colegio, universidad o club.       | Hasta un máximo de \$5.000 por <b>lesión o enfermedad</b> , únicamente para gastos médicos  |

|   |  |
|---|--|
| Trastornos de salud mental (incluye el <b>abuso de drogas</b> y el <b>abuso de alcohol</b> )  | El tratamiento no debe ser provisto en un <b>centro de salud para estudiantes</b> .<br><b>Paciente ambulatorios:</b> Máximo de 30 visitas.<br><b>Paciente hospitalizado:</b> Máximo de 30 días.  |
| Cuidado de maternidad para un embarazo cubierto   | Hasta \$25.000. <b>Nosotros</b> pagaremos:<br><b>Dentro de la PPO:</b> el 80% de los próximos \$5.000 de los gastos aptos después del deducible, luego el 100% hasta \$25.000.<br><b>Fuera de la PPO: normales, razonables y usuales</b> hasta \$25.000. Puede que <b>usted</b> deba abonar los cargos que superen el monto pagadero.<br><b>Fuera de los EE. UU.:</b> el 100% del coseguro, luego del deducible, hasta \$25.000. |
| Cuidados para recién nacidos para un embarazo cubierto  | Hasta \$750 – <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i>   |
| Terminación terapéutica del embarazo  | Hasta \$500 – <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i>   |
| Tratamiento odontológico debido a un accidente  | Hasta \$250; Máximo por diente; \$500, como máximo por periodo del certificado – <i>no sujeto a deducible ni coseguro.</i>   |
| Emergencia odontológica ( <i>dolor de inicio agudo</i> )  | Hasta \$100 – <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i>   |
| Inicio agudo de enfermedades preexistentes ( <i>no incluye enfermedades crónicas ni congénitas</i> )  | Hasta un monto máximo de por vida de \$25.000 para gastos médicos aptos  |
| Terrorismo  | Hasta un monto máximo de por vida de \$50.000, únicamente gastos médicos aptos.  |
| Todos los demás gastos médicos aptos  | Hasta el límite máximo general.  |
| <b>Beneficios de Emergencia por Viaje</b>   | <b>Límite</b>  |
| Evacuación médica de emergencia   | Hasta un monto máximo de por vida de \$500.000 - <i>no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>   |
| Repatriación de restos  | Hasta un monto máximo de por vida de \$50.000 - <i>no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>  |
| Reunión de emergencia   | Hasta \$5.000, sujeto a un máximo de 15 días - <i>no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>   |
| Muerte y desmembramiento accidental.  | Máximo de por vida: \$25.000.<br>Muerte: \$25.000<br>Pérdida de 2 extremidades: \$25.000<br>Pérdida de 1 extremidad: \$12.500<br>- <i>no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>   |
| Anexo del beneficio de muerte y desmembramiento accidental opcional   | Máximo de por vida: \$25.000.<br>Muerte: \$25.000<br>Pérdida de 2 extremidades: \$25.000<br>Pérdida de 1 extremidad: \$12.500<br>- <i>no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>   |
| Anexo de la Respuesta ante Situaciones de Crisis Opcional - – Rescate, objetos personales y aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis | Hasta \$100.000 - <i>no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>  |



|                          |   |
|--------------------------|---|
| Responsabilidad personal | Hasta un monto máximo de por vida de \$250.000.<br>Hasta \$250.000 <b>lesión de terceros</b><br>Hasta \$250.000 bienes de <b>terceros</b><br>\$2.500 <b>relacionado</b> con bienes de <b>terceros</b><br>- no sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general |
|--------------------------|---|

**Periodo del certificado** hace referencia al periodo de tiempo que comienza en la fecha y hora de la **fecha efectiva del certificado** y que finaliza en la fecha y hora de la **fecha de finalización del certificado**.

**Coseguro** hace referencia al pago que **usted** realice del porcentaje indicado en el resumen de beneficios y límites.

**Deducible** hace referencia al monto en dólares de los gastos aptos, especificado en el resumen de beneficios y límites, que **usted** debe pagar por cada **periodo del certificado** antes del pago de los gastos aptos.

**Normal, razonable y usual** hace referencia a lo menor de lo siguiente:

1. Al ciento cincuenta por ciento (150%) de los cargos pagaderos según el programa Medicare de los Estados Unidos por reclamos incurridos fuera de la red de la PPO dentro de los EE. UU. o
2. Al cargo más común para los servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre el cargo, mientras dichos cargos sean razonables. Nosotros determinaremos lo que se define como cargos **normales, razonables y usuales**. Al determinar si un cargo es **normal, razonable y usual**, podremos tener en cuenta uno o más de los siguientes factores: el nivel de destreza, el alcance de la capacitación y la experiencia requerida para realizar el procedimiento o servicio, la cantidad de tiempo requerido para realizar el procedimiento o los servicios en comparación con la cantidad de tiempo requerido para realizar otros servicios similares, la gravedad o naturaleza de la **enfermedad** o **lesión** que se está tratando, la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros o por servicios, medicamentos o suministros comparables en esa zona; la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros en otras partes del país, el costo para el proveedor de la provisión de los servicios, medicamentos o suministros, otros factores que **nosotros**, en el ejercicio razonable de su discreción, determinemos adecuados.

---

## REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS

Ninguna disposición contenida en este seguro restringe u obstaculiza **su** derecho a seleccionar el **hospital, el médico** u otro proveedor de servicios médicos que **usted** desee. Ninguna disposición contenida en este seguro restringe u obstaculiza la relación entre **usted** y el **hospital, el médico** u otros proveedores con respecto al tratamiento o cuidado de cualquier enfermedad, ni a **su** derecho de cualquier miembro a recibir, a **su** cargo, servicios y/o suministros que no están cubiertos por este seguro.

A fin de cumplir con los requisitos de la Organización Proveedor Preferida (PPO) de los Estados Unidos **usted** debe recibir un tratamiento médico por parte de los proveedores de la PPO mientras se encuentre en los Estados Unidos. Si **usted** opta por buscar un tratamiento por parte de un proveedor de la PPO, **nosotros** renunciarán al coseguro aplicable a los gastos.

**Usted** puede revisar un listado de **hospitales, médicos** y otros proveedores de servicios médicos incluidos en la red de PPO para el área donde usted recibirá el tratamiento a través de acceder al sitio Web de Tokio Marine HCC MIS Group en: [www.hccmis.com](http://www.hccmis.com). Para solicitar asistencia en la búsqueda de un proveedor, contáctese con nosotros al 1-800-605-2282.

---

# PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS

**Usted** deberá presentar un reclamo por todo gasto que debamos abonar. Esto incluye el tratamiento o los servicios por los que el proveedor médico **nos** facturará directamente. No realizaremos ningún pago sin que **usted** nos haya presentado un reclamo.

El aviso del reclamo, la declaración y autorización del reclamante y la prueba del reclamo deben enviarse por correo a:

Tokio Marine HCC MIS Group  
P.O. Box 2005  
Farmington Hills, MI 48333-2005  
USA

## PRUEBA DEL RECLAMO

Cuando **nosotros** recibamos el aviso acerca de un reclamo, le entregaremos los formularios para presentar la prueba del reclamo. Una prueba de reclamo consiste en:

1. Un formulario de declaración y autorización del reclamante completo y firmado, junto con cualquier documento adjunto requerido
2. Facturas detalladas originales de los médicos, hospitales y otros proveedores médicos y
3. Recibos originales por cualquier gasto que ya haya sido pagado por **usted** o en nombre **suyo**.

A partir del último día de su **periodo de su certificado**, **usted** tendrá **60 días** para presentarnos la **prueba del reclamo** (a menos que los servicios médicos hayan sido provistos luego de la fecha de terminación del certificado, en cuyo caso **usted** tendrá 60 días desde la fecha en que se incurre el reclamo). Luego del recibo de la **prueba del reclamo**, **nosotros** podremos, a **nuestro** exclusivo criterio, solicitar y requerir información adicional necesaria para confirmar la validez de cualquier reclamo anterior al pago de dicho reclamo. Dicha información adicional incluye, entre otros, los registros médicos.

## COOPERACIÓN EN RECLAMOS

**Usted** brindará asistencia y cooperará con **nuestros** representantes en la obtención de cualquier otro registro que **nosotros** o ellos consideremos necesario para evaluar el incidente o reclamo. Luego del aviso de reclamo, **usted** proporcionará, cuando así se le solicitara, todas las autorizaciones necesarias para conseguir sus registros médicos. En caso de que no cooperara con **nosotros** o **nuestra** investigación del reclamo, no nos haremos responsables del pago de ningún reclamo.

## ACCESO A MATERIALES ADICIONALES

**Usted** deberá brindarnos a **nosotros** o a **nuestros** representantes designados, toda la información, documentación, información médica que solicitemos razonablemente durante el plazo de la presente póliza o hasta que se resuelvan todos los reclamos, lo que resulte posterior.

## OTRO SEGURO

**Nosotros** no pagaremos un reclamo si existe otro seguro que pagaría dicho reclamo, o que lo pagaría si este seguro no existiera. Este seguro será aplicable con respecto a los gastos en exceso del monto pagado o pagadero en virtud del otro seguro. **Nosotros** no pagaremos ningún reclamo con respecto a los cuidados, tratamientos, servicios o suministros entregados por cualquier programa o agencia financiada por cualquier gobierno.

## ARBITRAJE

En caso de que surja alguna disputa o reclamo con relación al presente contrato o su incumplimiento, estos quedarán sometidos a un arbitraje de la Asociación Americana de Arbitraje, de conformidad con sus Normas de Arbitraje para el Consumidor, y el laudo que el/los árbitro(s) emita(n) podrán ser ordenados por una tribunal con competencia para ello. Cuando alguna disputa sea sometida a un arbitraje a través de esta disposición, la emisión del laudo será una condición suspensiva para cualquier derecho a iniciar una acción contra **nosotros**.

# PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA

## CÓMO APELAR UN RECLAMO

Si **nosotros** negamos la totalidad o parte de un reclamo en virtud del presente, **usted** podrá presentar una apelación escrita ante **nosotros**. La apelación escrita deberá incluir información suficiente como para identificar al reclamo que se está apelando y deberá especificar el(los) motivo(s) de la apelación con documentación de respaldo, si fuera necesario.

Realice su apelación escrita en línea o por correo postal en las siguientes direcciones:

<http://service.hccmis.com/> o Tokio Marine HCC - MIS Group  
P.O. Box 2005  
Farmington Hills, MI 48333-2005  
USA

Cuando recibamos la apelación, la evaluaremos y le enviaremos una respuesta escrita. Después de recibir **nuestra** respuesta a la apelación, **usted** podrá iniciar una segunda apelación. Al momento de la recepción de la segunda apelación, personal médico y/o a cargo de los reclamos que no haya participado en la determinación del reclamo original o en la apelación inicial evaluará el reclamo. Se tomará una determinación final y le enviaremos una carta.

**Recuerde que la apelación de un reclamo no es un requisito para seguir el procedimiento de reclamos que se detalla a continuación.**

## PROCEDIMIENTO DE QUEJA

**Nuestro** compromiso es brindarle a **usted** un servicio de la más alta calidad y deseamos garantizar que esta se mantenga en todo momento. Si **usted** siente que no le hemos ofrecido un servicio de primer nivel, notifíquenoslo y **nosotros** haremos **nuestro** mejor esfuerzo para resolver el problema.

Realice su apelación escrita en línea o por correo postal en las siguientes direcciones:

<http://service.hccmis.com/> o Tokio Marine HCC MIS Group  
P.O. Box 2005  
Farmington Hills, MI 48333-2005  
USA

Nos contactaremos con **usted** 3 (tres) días hábiles después de recibir **su** queja para informarle qué medida se tomará. Trataremos de resolver el problema y le daremos una respuesta dentro de cuatro semanas. Si llevará más de cuatro semanas, le informaremos para cuándo puede esperar una respuesta. Si no ha recibido una respuesta dentro de las 8 (ocho) semanas, le informaremos cómo puede presentar su queja ante el Servicio del Ombudsman Financiero para que la evalúe. El procedimiento de queja no afecta ningún derecho legal por el que tenga que tomar medidas. Una vez que haya recibido **nuestra** respuesta final y, si aún no está satisfecho, podrá contactarse con el Servicio del Ombudsman Financiero:

Financial Ombudsman Service  
Exchange Tower, Harbour Exchange Square, London, E14 9SR  
Teléfono: +44 (0) 20 7964 0500  
Correo electrónico: [complaint.info@financial-ombudsman.org.uk](mailto:complaint.info@financial-ombudsman.org.uk)

Si ha contratado su póliza en línea o por otro medio electrónico dentro de la Unión Europea (UE), también podrá presentar su queja a través de la plataforma para la resolución de disputas en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma para ODR es: <http://ec.europa.eu/odr>

---

## ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Excepto por los cargos que surjan directamente por el inicio agudo de una enfermedad preexistente, una evacuación médica de emergencia o una repatriación de restos, las **enfermedades**

**preexistentes** no están incluidas en este seguro según durante los primeros seis (6) meses de cobertura:

**Enfermedad preexistente** hace referencia a toda

- (1) enfermedad por la cual se recomendó o recibió consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas de diagnóstico o medicamentos con receta) durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado;
- (2) enfermedad que se manifestó de forma tal que habría hecho que una persona razonablemente prudente busque consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas de diagnóstico o medicamentos con receta) dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado;
- (3) cualquier **lesión, enfermedad**, u otra condición física, médica, mental o nerviosa, trastorno o dolencia (conocida o no) que, con una certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado.

## **INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES**

### **USTED ESTÁ CUBIERTO**

1. Abonamos recargos por el inicio repentino e inesperado o la recurrencia de una **enfermedad preexistente** que:
  - a. ocurre espontáneamente y sin advertencia previa, como recomendaciones o síntomas **médicos**,
  - b. tiene corta duración,
  - c. avanza con rapidez, y
  - d. requiere atención urgente.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO**, a menos que **usted** cumpla la siguiente condición:

1. debe recibirse tratamiento dentro de las 24 horas del comienzo repentino e inesperado o la recurrencia.

### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. el inicio agudo de una enfermedad preexistente se produce antes de la fecha de vigencia de este certificado, o
2. la enfermedad preexistente es una enfermedad crónica o congénita o que gradualmente empeora con el tiempo, o
3. los cargos son por atención médica, medicamentos o tratamientos conocidos, programados, requeridos o esperados que son existentes o necesarios antes de la fecha de vigencia del certificado, o
4. los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

---

## **GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN**

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, **nosotros** pagaremos los siguientes gastos incurridos mientras este seguro se encuentre vigente:

### **GASTOS MÉDICOS**

#### **USTED ESTÁ CUBIERTO:**

1. Cargos cobrados por un hospital en virtud de:
  - a. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios que no deben exceder la tarifa promedio de una habitación semi-privada y
  - b. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios en la Unidad de Cuidados Intensivos y

- c. Uso de la sala de operaciones, tratamiento o recuperación y
  - d. Servicios y suministros provistos de manera rutinaria por el hospital a las personas para su uso mientras se encuentran hospitalizados como pacientes hospitalizados y
  - e. Tratamiento de emergencia de una **lesión o enfermedad**, incluso si no se requiere hospitalización en el **hospital**. Sin embargo, los cargos por el uso de la Sala de Emergencias dentro de los Estados Unidos estarán sujetos a un deducible establecido en el resumen de beneficios y límites.
2. **Cirugía** en un centro quirúrgico **ambulatorio**, incluidos los servicios y suministros.
  3. Cargos cobrados por un **médico** por sus servicios profesionales, incluida la **cirugía**. Los cargos de un cirujano asistente están cubiertos hasta el 20% de los cargos **normales, razonables y usuales** del cirujano principal, pero la disponibilidad en guardia no será considerada como un servicio profesional y por lo tanto no está cubierta en virtud del presente.
  4. Vendajes, suturas, yesos u otros suministros **médicamente necesarios** y administrados por o bajo la supervisión de un **médico**, excepto por los nebulizadores, tubos de oxígeno, suministros para diabéticos, suministros de venta libre o sin receta y dispositivos de soporte o agarre.
  5. Pruebas de diagnóstico que emplean servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (no incluye las pruebas psicométricas, de inteligencia, de comportamiento y educacional).
  6. Extremidades, ojos o laringe artificiales, prótesis mamarias o extremidades artificiales funcionales básicas, pero no su reemplazo o reparación.
  7. **Cirugía** reconstructiva cuando la **cirugía** esté directamente relacionada con la **cirugía** cubierta en virtud del presente.
  8. Por una terapia o tratamiento de radiación y quimioterapia.
  9. Hemodiálisis y los cargos cobrados por el **hospital** por el procesamiento y la administración de sangre o componentes de sangre pero no por el costo de la sangre o los componentes de sangre reales.
  10. Oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un **médico**.
  11. Anestesia y su administración por un **médico**.
  12. Drogas que requieren una receta por parte de un **médico** para el tratamiento de una **lesión o enfermedad cubierta**, pero sin incluir a las siguientes: recetadas para el tratamiento de la diabetes, el reemplazo de drogas perdidas, robadas, dañadas, vencidas o de cualquier otra forma en riesgo.
  13. Cuidado en un **centro de cuidados prolongados** autorizado, luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
  14. **Cuidados de enfermería** en el hogar en cama por un profesional licenciado calificado, provisto por una **agencia de cuidados de salud en el hogar** luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos y únicamente en reemplazo de una **hospitalización médicamente necesaria** como paciente hospitalizado.
  15. Transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una **lesión o enfermedad** que genere una hospitalización.
  16. Tratamiento odontológico de emergencia y la **cirugía** dental necesaria para restituir o reemplazar un diente natural sano perdido o dañado en un **accidente** cubierto por este seguro.
  17. Tratamiento odontológico de emergencia necesario para resolver un **dolor de inicio agudo**, siempre que el tratamiento se reciba dentro de las 24 horas siguientes al **dolor de inicio agudo**.
  18. Alquiler del **equipo médico durable médicamente necesario** (que consiste en la cama estándar básica del hospital y/o una silla de ruedas estándar básica) hasta los precios de compra.
  19. Fisioterapia para pacientes ambulatorios, si es recetada por un **médico** para el tratamiento de una **lesión o enfermedad** cubierta.
  20. Cuidado de rutina y **médicamente necesario** de niños recién nacidos, según prevé el cronograma de beneficios, siempre que el parto del recién nacido esté cubierto en el presente.
  21. Cuidado prenatal, parto de un recién nacido, y cuidado posnatal relacionado con un **embarazo cubierto** que haya comenzado después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
  22. Por tratamiento por trastornos de **salud mental**, incluido el **abuso de drogas** y el **abuso de alcohol**.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

## **EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

### **USTED ESTÁ CUBIERTO:**

1. Transporte aéreo de emergencia al aeropuerto adecuado más cercano al **hospital** donde recibirá el tratamiento y
2. Transporte terrestre de emergencia necesariamente precedente al transporte aéreo de emergencia y desde el aeropuerto de destino hasta el **hospital** donde recibirá tratamiento.

### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO, a menos que usted cumpla las siguientes condiciones:**

1. **El médico** que lo atiende recomienda la evacuación y certifica que es **médicamente necesario** y que el traslado por otro medio podría dar como resultado en la pérdida de uno de **sus** miembros o **su** muerte, y
2. **Usted** o un **familiar suyo** acepta la evacuación, y
3. **Nosotros** aprobamos con anticipación y coordinamos la organización, lo que no incluye la ambulancia de emergencia a nivel local.

### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. La **enfermedad** o **lesión** que genera el gasto no está cubierta por este seguro, o
2. **El tratamiento, los** servicios y suministros **médicamente necesarios** pueden proporcionarse en forma local, o
3. Si el traslado por otro medio no diera como resultado la pérdida de uno de **sus** miembros o **su** muerte, o
4. La enfermedad que genera la evacuación médica de emergencia no ocurriera de manera espontánea y sin advertencia previa, en forma de recomendación o síntoma **médico**, que pudiera generar que una persona prudente buscara atención médica antes del comienzo de la enfermedad, o
5. Los gastos surgen directa o indirectamente de los elementos mencionados en las Exclusiones generales

Nosotros brindaremos evacuación médica de emergencia únicamente en el **hospital** más cercano que esté calificado para proveer el tratamiento, los servicios y los suministros **médicamente necesarios** para evitar que usted pierda la vida o una extremidad.

La puntualidad de la gestión puede verse afectada por circunstancias fuera de nuestro control, tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. **Nosotros** no seremos responsables de ninguna demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

Sin perjuicio de las disposiciones precedentes y únicamente si **usted** visita los EE. UU., **nosotros** pagaremos los gastos ocasionados por su regreso a su **país de residencia** si el **médico** tratante y **nuestro** asesor médico acuerdan que el traslado a **su país de residencia** es más adecuado que el traslado al **hospital** calificado más cercano.

## **REPATRIACIÓN DE RESTOS**

### **USTED ESTÁ CUBIERTO:**

1. Transporte aéreo o terrestre de los restos o las cenizas al aeropuerto o terminal de transporte terrestre más cercano a **su** residencia principal y
2. Los costos razonables por la preparación necesaria de los restos para el transporte.

### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO, a menos que usted cumpla las siguientes condiciones:**

1. La **enfermedad** o **lesión** que producen el gasto está cubierta por este seguro, y
2. **nosotros** aprobamos anticipadamente y coordinamos el viaje.

#### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

**Nosotros** nos mantendremos indemnes y no seremos responsables por el extravío de los restos, o cualquier otro daño o impedimento que ocurra durante el proceso de repatriación o de cualquier otro modo.

La puntualidad de la gestión puede verse afectada por circunstancias fuera de nuestro control, tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. **Nosotros** no seremos responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

### **REUNIÓN DE EMERGENCIA**

#### **USTED ESTÁ CUBIERTO:**

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida y vuelta en clase económica para un **familiar** para el transporte hasta la terminal del área donde **usted** se encuentre hospitalizado o donde será hospitalizado luego de una evacuación médica de emergencia y
2. Los gastos razonables por el alojamiento y las comidas del **familiar**, incurridos en el área donde **usted** esté hospitalizado por un periodo no mayor a los 15 días.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO**, a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** tiene cubierta una evacuación médica de emergencia, o
2. **usted está hospitalizado** en calidad de **paciente hospitalizado** durante al menos cinco días por una enfermedad con riesgo de muerte. Se pagarán beneficios por reunión de emergencia no relacionados con una evacuación médica de emergencia solo después de la estadía del paciente hospitalizado de, al menos, cinco días.

#### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

---

## **MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**

#### **USTED ESTÁ CUBIERTO**

1. Fallecimiento – **nosotros** abonaremos el monto indicado en el Resumen de beneficios, al **beneficiario o**
2. Pérdida de 2 o más extremidades o los ojos - **Nosotros** le pagaremos a **usted** el monto indicado en el Resumen de beneficios o
3. Pérdida de 1 extremidad o un ojo - **Nosotros le** pagaremos a **usted** la mitad del monto indicado en el Resumen de beneficios.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO**, a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. El **accidente** que da lugar a la muerte accidental o desmembramiento debe estar cubierto por este seguro, y
2. el fallecimiento debe producirse dentro de los 30 días de haber ocurrido el hecho de manera repentina, inesperada e involuntaria y sin ser causado por una enfermedad o dolencia.

#### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. Accidentes o siniestros causados o contribuidos por alguno de los siguientes:
  - a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, ya sea declarado o no declarado.
  - b. **Su** participación en una conmoción callejera, insurrección o trastorno violento.
  - c. **Su** servicio en las fuerzas armadas de un país.
  - d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** autoinfligida, ya sea que el individuo esté sano o demente.

- e. El uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga, a menos que se use conforme a las instrucciones de un **médico**.
  - f. Comisión o intento de delito grave.
  - g. Enfermedad, **trastorno de salud mental** o embarazo.
  - h. Como resultado de intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** que usted sufrió, ya sea directa o indirectamente.
  - i. Infarto del miocardio o **accidente** cerebrovascular (ACV / Ataque cardíaco).
  - j. Infección, excepto las infecciones provocadas a través de una herida causada únicamente por un **accidente**.
  - k. **Lesión** al conducir, embarcar o descender de una aeronave si **usted** estuvo operando la aeronave, aprendiendo a operarla, actuando como miembro de la tripulación o si la aeronave estaba siendo utilizada para un fin distinto del transporte de pasajeros.
  - l. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores.
  - m. Actividades deportivas no cubiertas.
2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

**Muerte accidental** hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce a **usted** una **lesión** física seguida de fallecimiento. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades**.

**Desmembramiento accidental** hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado, causado sólo por medios externos y visibles y que produce la separación completa del cuerpo de una o más extremidades o los ojos y no causado por enfermedades. A los fines del beneficio de muerte y desmembramiento accidental, el término "extremidad" significa: El brazo, cuando la separación sea en o sobre (hacia el codo) la muñeca, o la pierna cuando la separación sea en o sobre (hacia la rodilla) el tobillo. La pérdida de uno o ambos ojos significará: La pérdida de la visión completa, permanente e irrevocable.

**Beneficiario** hace referencia al individuo mencionado en **su** solicitud para ser el destinatario de cualquier beneficio de muerte accidental.

---



# DEPORTES Y ACTIVIDADES

## **A. DEPORTES A NIVEL INTERNO Y ENTRE COLEGIO, UNIVERSIDAD O CLUB.**

### **USTED ESTÁ CUBIERTO:**

1. Sujeto al límite establecido en el Resumen de beneficios y Límites, **usted** tiene cobertura para una enfermedad o lesión nueva sufrida mientras se encuentre cubierto por esta póliza y participe en deportes sancionados a nivel interno, intercolegial, interuniversitario o de clubes.

### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. Los deportes o actividades deportivas no están sancionadas por su escuela; o
2. La actividad fue realizada de forma profesional o por un sueldo, recompensa o beneficio económico; o
3. Sufre una enfermedad o lesión mientras no se encuentra cubierto activamente por esta póliza o
4. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

## **B. DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR**

### **USTED ESTÁ CUBIERTO:**

1. Conforme al límite máximo general, **usted** tiene cobertura por lesiones o enfermedades sufridas durante participación en deportes y actividades, a menos que no se incluyan a continuación.

**Usted** debe estar seguro de que la actividad esté adecuadamente supervisada y que los equipos de seguridad correspondientes (como protección auditiva, chalecos salvavidas, etc.) se usen en todo momento.

### **USTED NO ESTÁ CUBIERTO:**

1. Deportes o actividades atléticas organizadas que involucren prácticas o juegos regulares o no programados por **su** escuela, y
2. Una actividad realizada de manera profesional o por un sueldo, recompensa o ganancia, y
3. Gastos que surjan directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales, y
4. Alguno de los puntos que se detallan a continuación:
  - Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial)
  - Caída libre
  - BMX estilo libre
  - Puentismo
  - Buceo sin equipo
  - Ala delta
  - Montar motos acuáticas
  - Alpinismo, donde una persona razonablemente prudente utilice sogas o guías en elevaciones de 4.500 metros o más; y
  - Paracaidismo
  - Carreras de cualquier animal, vehículo motorizado o BMX y
  - Skateboard
  - Saltos libres
  - Surf aéreo
  - Esquí, snowboard, excepto esquí o snowboard extremo y/o de fondo (no se provee cobertura cuando se esquíe fuera de los territorios dentro de los límites marcados y/o contra el consejo de la escuela de esquí local o el ente de autoridad local)
  - Espeleología
  - Búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos que estén certificadas por PADI/NAUI o acompañadas por un instructor certificado y a profundidades menores a los 10 metros
  - Surf
  - Kayak en aguas rápidas y rafting en aguas rápidas.

# RESPONSABILIDAD PERSONAL

## USTED ESTÁ CUBIERTO:

Hasta la suma asegurada indicada en el Resumen de beneficios y límites (incluidos los costos y gastos) en caso de que **usted** debiera abonar los daños respecto de:

1. **Lesiones** corporales accidentales, lo que incluye el fallecimiento y la **enfermedad** de un **tercero** o
2. Daños o siniestros accidentales a los bienes materiales de un **tercero** (bienes materiales y tangibles) o
3. Daños o siniestros accidentales a los bienes materiales de un **tercero relacionado** (bienes materiales y tangibles) o

## USTED NO ESTÁ CUBIERTO, a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** o **sus** representantes legales **nos** cursarán notificación escrita inmediata si han recibido notificación de alguna acusación o investigación relacionada con cualquier circunstancia que pudiera dar lugar a alguna responsabilidad conforme a la presente sección.
2. Ni **usted** ni nadie en **su** nombre podrá realizar ninguna admisión, oferta, promesa, pago ni indemnidad sin **nuestro** previo consentimiento escrito.
3. Toda notificación de reclamo, carta, orden o proceso u otro documento que **usted** reciba nos será enviado a **nosotros** inmediatamente después de su recepción.
4. **Nosotros** podremos hacernos cargo y realizar la defensa o conciliación en **su** nombre por todo reclamo o acusar en **su** nombre para **nuestro** propio beneficio todo reclamo de indemnidad o daños contra cualquier parte o persona.
5. **Nosotros** podremos abonarle en cualquier momento el monto correspondiente a cualquier reclamo o series de reclamos la **suma asegurada** (una vez deducidas las sumas ya abonadas en concepto de indemnización) o un monto menor por el cual se haya llegado a una conciliación por el reclamo. Una vez que este pago se haya efectivizado, **nosotros** renunciaremos a la conducción y al control y no tendremos ninguna obligación respecto de ese reclamo, excepto el pago de los costos y gastos revocables o incurridos antes de la fecha de dicho pago.
6. **Nosotros** consideraremos abonarle o pagarle por adelantado, pero sin obligación ni deber contractual alguno de hacerlo, hasta \$2.500 a **usted** por su beneficio de conciliar y negociar un reclamo presentado contra **usted**, en la medida que:
  - a. El reclamo presentado sea uno apto para recibir cobertura en virtud de este seguro;
  - b. No se haya presentado una demanda legal todavía o, de haberlo hecho, no se haya presentado ninguna contestación;
  - c. **Usted** haya conseguido una dispensa escrita total/pacto de no demandar favorable a **nosotros**, y
  - d. Se nos entregue de manera satisfactoria, una **prueba del reclamo** completa y toda otra documentación necesaria

## USTED NO ESTÁ CUBIERTO POR:

1. Actos cometidos intencionalmente o que surjan de la influencia del alcohol o drogas no recetadas por un **médico** licenciado;
2. **Lesión corporal, enfermedad** de una persona conforme a un contrato laboral, servicio o aprendizaje con **usted** cuando la **lesión** corporal o **enfermedad** haya surgido del trabajo con **usted** o **en relación con** una actividad comercial, negocio o profesión y durante su transcurso;
3. Daños o siniestros a los bienes pertenecientes o mantenidos bajo **su** cuidado, custodia o control, que no sea alojamiento temporal ocupado por **usted** en el transcurso del viaje;
4. **Lesión** corporal o daño causado directa o indirectamente en relación con la propiedad, tenencia o uso por usted o en nombre **suyo** de: aeronaves, aerodeslizadores, embarcaciones, vehículos a motor, paracaídas, paranavegadores, parapente, armas de fuego, fuegos artificiales, explosivos, armas mortales o cualquier actividad de carrera;
5. Todo daño, pérdida o reclamo originado en forma total o parcial por **usted** durante una cacería o como resultado de la caza;
6. **Lesión** corporal causada directa o indirectamente en relación con la propiedad, tenencia u ocupación de tierras o edificios, bienes inmuebles o caravanas o trailers.

7. Daños resultantes de incendios, inundaciones, vientos, granizo, filtraciones de agua, filtraciones de gas, explosiones u otras catástrofes;
8. Actos fraudulentos, deshonestos o penales en los que haya incurrido **usted** o una persona autorizada por **usted**;
9. Las consecuencias del incumplimiento, violación u omisión de los compromisos y obligaciones contractuales, ya sean verbales o escritos;
10. Daños punitivos o ejemplares o multas, sanciones, evaluaciones o reclamos por parte de autoridades gubernamentales u organismos regulatorios;
11. Apuestas o juego de cualquier tipo;
12. Animales o mascotas suyas o bajo su cuidado, custodia o control;
13. Nada de lo mencionado en las Exclusiones generales.

**Tercero** hace referencia a toda persona física, natural u otra persona jurídica que no sea **usted** o un tercero relacionado.

**Tercero relacionado** hace referencia a un familiar **sujo**, a **su** compañero de viaje, a un pariente de **su** compañero de viaje y a cualquier otra persona o familiar con quien resida o se hospede.

## TERRORISMO

### USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Nosotros pagaremos los gastos médicos aptos por el tratamiento de **lesiones y enfermedades** que resulten de un acto de terrorismo, hasta el límite establecido en el resumen de beneficios y límites, siempre que se cumplan todas las siguientes obligaciones.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO**, a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. La **lesión o enfermedad** no debe ser el resultado del uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, **cibernética**, radioactiva o nuclear,
2. **Usted** no debe tener una participación directa o indirecta en el acto de terrorismo,
3. El Acto de Terrorismo no sucede en un país o lugar en el que el Departamento de Estado de los EE. UU. ha emitido una advertencia para viajeros de nivel 3 o 4 que ha estado en vigencia dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a **su** fecha de llegada y
4. Usted ha partido de un país o lugar dentro de los 10 días posteriores a la fecha de emisión de una advertencia para viajeros de nivel 3 o 4 para ese país o lugar por parte del gobierno de los Estados Unidos.

### USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. la pérdida, el daño, el costo o gasto directa o indirectamente causado, originado o esté relacionado con cualquiera de los siguientes, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya de forma concurrente o en cualquier otra secuencia con la pérdida, daño, costo o gasto:
  - a. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones similares a la guerra (ya sea que la guerra se declare o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de una rebelión, poder militar o usurpado;
  - b. El uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, **cibernética**, radioactiva o nuclear; sin embargo, esta exclusión no será aplicable cuando **usted** esté expuesto a un radioactivo nuclear y/o un material radioactivo a los fines de un tratamiento médico;
  - c. Cualquier acto de terrorismo, no específicamente enumerado anteriormente,
  - d. Cobertura por pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado, o que resulte o se relacione con cualquier acción adoptada para controlar, prevenir, suprimir o relacionarse de cualquier forma con los anteriores incisos (1), (2) o (3) más arriba o
  - e. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

A los fines de este seguro, un “acto de terrorismo” significa cualquier acto, que incluye el uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de uso de fuerza o violencia, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen de forma individual o en nombre de o en conexión con cualquier organización o gobierno comprometido

con fines políticos, religiosos, ideológicos o fines similares, que incluyen la intención de influenciar cualquier gobierno y/o atemorizar al público, o a cualquier parte del público.

Si **nosotros** alegamos que debido a esta exclusión alguna pérdida, daño, costo o gasto no está cubierto por este seguro, **usted** deberá demostrar lo contrario.

En caso de que cualquier parte de esta exclusión sea considerada inválida o inexigible, el resto permanecerá de plena validez.

**Cibernético** hace referencia al uso o las operaciones, como medio para hacer daño, de una computadora, programa informático para computadoras, códigos maliciosos, virus o procesos informáticos o cualquier otro sistema electrónico.

---

## EXCLUSIONES GENERALES

**Están excluidos las enfermedades, tratamientos (incluidos diagnósticos, pruebas y exámenes), servicios, insumos, actos, omisiones y/o eventos siguientes:**

1. **Enfermedades preexistentes**, durante los primeros seis (6) meses de cobertura, excepto los cargos que resulten directamente del inicio de una enfermedad aguda preexistente, una evacuación médica de emergencia o una repatriación de restos.
2. Enfermedades congénitas.
3. Vacunas, exámenes físicos de rutina, y otros análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación o prevención, a menos que así lo establezca el beneficio de Vacunación.
4. Tratamiento odontológico, y tratamiento de la articulación temporomandibular, excepto el tratamiento odontológico de emergencia necesario para reemplazar un diente natural sano perdido o dañado en un accidente cubierto en virtud del presente o para el alivio de emergencia de un dolor de inicio agudo.
5. **Trastornos de salud mental** si el tratamiento se obtiene en un centro de **salud para estudiantes**.
6. Terapia física si el tratamiento se obtiene en un centro de **salud para estudiantes**.
7. Tratamiento quiropráctico, a menos que sea ordenado por anticipado por un **médico** para un tratamiento **médicamente necesario** relacionado con una **lesión** o **enfermedad** cubierta que no se presta en un **centro de salud para estudiantes**.
8. Cuidado prenatal de rutina, embarazo, nacimiento, cuidado posnatal, y cuidados neonatales para un recién nacido, a menos que esté directamente relacionado con un **embarazo cubierto**.
9. Terminación opcional del embarazo.
10. Promoción y prevención de la concepción, lo que incluye, a título enunciativo: inseminación artificial, tratamiento contra la infertilidad o esterilización o reversión de la esterilización.
11. Todas las insuficiencias y **enfermedades de transmisión sexual**.
12. VIH, SIDA o ARC y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el VIH.
13. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados.
14. **Lesión** autoinfligida o **enfermedad** y/o suicidio o intento de suicidio, ya sea que el individuo esté sano o demente.
15. **Lesión** sufrida total o parcialmente debido a los efectos de intoxicación o drogas que no sean administradas de conformidad con un tratamiento prescrito por un **médico**, excepto las drogas prescritas para el tratamiento por abuso de sustancias.
16. Uso voluntario de cualquier droga, narcótico o sustancia controlada, a menos que esté recetado por un **médico**.
17. Cargos que resulten u ocurran durante la comisión de una violación de la ley, lo que incluye, a título enunciativo, la participación en una actividad u acto ilegal, pero que no incluye infracciones de tránsito menores.
18. **Cirugía** de ojos, tal como la **cirugía** refractiva correctiva, cuando el objetivo principal sea corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo.

19. Dispositivos correctivos y aparatos médicos, que incluye anteojos, lentes de contacto, audífonos, implantes de cabello, refracción ocular, terapia visual, y cualquier examen o prueba relacionada con estos dispositivos, prótesis dentales o aparatos de ortodoncia, y todos los exámenes y pruebas de visión y audición.
20. Ortóptica y terapia visual para ojos.
21. Calzado ortopédico, dispositivos ortopédicos recetados que deben adjuntarse o colocarse en el calzado, tratamiento para los pies débiles, cansados, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, y tratamiento de callos, callosidades o uñas del pie.
22. Caída del cabello, que incluye pelucas, trasplantes de cabello o cualquier droga que prometa el crecimiento del cabello, ya sea que esté o no recetada por un médico.
23. Acné, lunares, verrugas, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad hipertrófica y atrófica de la piel, nevus.
24. Apnea del sueño u otros trastornos del sueño.
25. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, biorretroalimentación, acupuntura, recreacional, del sueño o musicoterapia, cuidado holístico de cualquier naturaleza, masajes y kinesiología.
26. Pruebas psicométricas, de inteligencia, de competencia, de comportamiento y educacionales.
27. Mientras se encuentre hospitalizado principalmente para recibir asistencia de **custodia, cuidados educacionales o de rehabilitación**, o cualquier tratamiento médico en cualquier establecimiento para el cuidado de los ancianos, excepto el cuidado de rehabilitación recibido luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
28. Fines cosméticos o estéticos, excepto para la **cirugía** reconstructiva cuando dicha **cirugía** esté directamente relacionada, y suceda a una **cirugía** cubierta por el presente.
29. Cambios en el cuerpo físico con la intención de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, que incluye, entre otros, la **cirugía** de cambio de sexo.
30. Obesidad o cambios en el peso, incluido a título enunciativo, alambrado de dientes y todas las formas de **cirugía** de bypass gástrico.
31. Programas de ejercicios, ya sea que estén o no recetados o recomendados por un **médico**.
32. Incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear no médica y/o a materiales radioactivos.
33. Cargos resultantes de la aparición de una enfermedad en un país o lugar para el cual los Centros de los EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) hayan emitido una Advertencia de Viaje de Nivel 3 si a) la advertencia estuvo vigente dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de **su** llegada o b) dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que se emitió la advertencia, **usted** no ha abandonado el país o ubicación.
34. Con fines **investigacionales o experimentales**.
35. Complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
36. Incurridos fuera de **su periodo del certificado**.
37. Presentado ante nosotros para el pago más de 60 días después del último día del **periodo del certificado**.
38. Superen los cargos **normales, razonables y usuales**.
39. No sean **médicamente necesarios**
40. No administrada u ordenada por un **médico**.
41. Brindado por un **familiar**, pariente u otra persona que normalmente resida con **usted**.
42. Prestado sin costo alguno para **usted**.
43. Consultas telefónicas o inasistencia a una visita programada.
44. Cuando la salida del **país de residencia** haya sido para recibir tratamiento en el país/los países de destino.
45. Viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación médica de emergencia, repatriación de restos y reunión de emergencia incluidas en este seguro.
46. Pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica.
47. Guerra, acción militar o mientras se encuentre cumpliendo con su deber como un miembro de las fuerzas o unidades policiales o militares.
48. No incluidos como gastos aptos, conforme se describe en el presente.

# DEFINICIONES

**Abuso de las drogas** hace referencia a todo patrón de uso patológico de las drogas que cause un impedimento en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o por síntomas físicos cuando se las retira.

**Abuso de sustancias** hace referencia a abuso, uso excesivo o dependencia de alcohol, drogas o químicos.

**Abuso del alcohol** hace referencia a todo patrón de uso patológico del alcohol que cause un impedimento en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o por síntomas físicos cuando se lo retira.

**Accidente** hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce una **lesión** física a **usted**. La causa o una de las causas de dicho **accidente** es externa a **su** propio cuerpo de la víctima y ocurre fuera de **su** control de la víctima.

**Agencia de cuidados de salud en el hogar** hace referencia a una agencia pública o privada o una de sus subdivisiones, que opera de conformidad con la ley y normalmente brinda cuidados de enfermería en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado, y mantiene un registro diario acerca de cada paciente con un programa planificado de observación y tratamiento por parte de un **médico**.

**Asistencia de custodia** hace referencia al tipo de asistencia o servicio, prestado en cualquier lugar y denominado de cualquier forma, que está diseñado principalmente para ayudarlo a realizar sus actividades diarias. La asistencia de custodia también incluye una asistencia no aguda para pacientes comatosos, semi-comatosos, con parálisis o mentalmente incompetentes.

**Centro de cuidados prolongados** hace referencia a un centro, o una parte separada de un centro, que está autorizado para funcionar como **hospital**, **centro de cuidados prolongados**, o centro de rehabilitación por el estado en el que opera y normalmente brinda cuidados de enfermería capacitados las 24 horas bajo la supervisión regular de un **médico** y la supervisión directa de un enfermero registrado y mantiene un registro diario acerca de cada paciente y brinda a cada paciente un programa planificado de observación prescrito por un **médico** y brinda a cada paciente el tratamiento activo de una **enfermedad** o **lesión**. **El centro de cuidados prolongados** no incluye un establecimiento principalmente para el descanso, para los ancianos, para el tratamiento del **abuso de sustancias**, de **asistencia de custodia**, de cuidados de enfermería o para el cuidado de los **trastornos mentales** o los incompetentes mentales.

**Centro de salud para estudiantes** hace referencia a un centro médico de una institución educativa que brinda servicios de salud básicos para los estudiantes por un mínimo de 10 horas por semana durante el semestre escolar. Los servicios básicos deben incluir la contratación de personal por un proveedor médico licenciado (MD, CNP, o RN) para la evaluación y tratamiento de **enfermedades** y **lesiones** menores y/o la derivación a otro proveedor médico.

**Certificado** hace referencia al documento emitido a **usted** que evidencia los beneficios pagaderos en virtud de la Póliza Maestra

**Cibernético** hace referencia al uso o las operaciones, como medio para hacer daño, de una computadora, programa informático para computadoras, códigos maliciosos, virus o procesos informáticos o cualquier otro sistema electrónico.

**Cirugía o procedimiento quirúrgico** hace referencia a un procedimiento diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una **enfermedad** o **lesión** a través de operaciones manuales o instrumentales realizadas por un **médico** mientras el paciente se encuentra bajo anestesia local o general.

**Con fines investigacionales o experimentales** hace referencia a procedimientos, servicios o suministros que por su naturaleza o composición son utilizados o aplicados de forma tal que se desvían de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica actual.

**Coseguro** hace referencia al pago que **usted** realice del porcentaje indicado en el resumen de beneficios y límites.

**Cuidado educacional o de rehabilitación** hace referencia al cuidado para la restauración (mediante la educación o el entrenamiento) de la capacidad de una persona para funcionar de forma normal o casi normal

luego de una **enfermedad** o **lesión**. Este tipo de cuidado incluye, entre otros, la terapia vocacional u ocupacional y la terapia del habla.

**Cuidados de enfermería en el hogar** hace referencia a servicios provistos por una agencia de **cuidados de salud en el hogar** y supervisados por un enfermero registrado, que son dirigidos hacia el cuidado personal de un paciente, siempre que dicho cuidado sea provisto en reemplazo de un cuidado hospitalario **médicamente necesario** en un **hospital**.

**Deducible** hace referencia al monto en dólares de los gastos aptos, especificado en el resumen de beneficios y límites, que **usted** debe pagar por cada **periodo del certificado** antes del pago de los gastos aptos.

**Dolor de inicio agudo** (Emergencia dental) hace referencia a un evento súbito e inesperado de dolor que ocurre espontáneamente y sin advertencia previa, ya sea a través de una recomendación del **médico** o dentista o mediante síntomas, que incluyen el dolor, que harían que una persona prudente busque atención médica antes del inicio del dolor. El tratamiento debe obtenerse dentro de las 24 horas siguientes al inicio súbito e inesperado de dolor.

**Embarazo cubierto** hace referencia a todo embarazo que comenzó después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

**Emergencia** hace referencia a una condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que podrían razonablemente poner en riesgo la vida o extremidad **suya** si no se brinda atención médica dentro de las 24 horas siguientes.

**Enfermedad** hace referencia a un malestar, trastorno, **enfermedad**, patología, anormalidad, dolencia u otra condición médica, física o de salud. La **enfermedad** no incluye problemas de aprendizaje, trastornos de conducta o problemas disciplinarios.

**Enfermedades de transmisión sexual** hace referencia a enfermedades, entre las que se incluyen, a título enunciativo, sífilis, clamidiosis, tricomoniasis herpes genital y virus del papiloma humano (HPV),

**Equipo médico durable** hace referencia a una cama de hospital estándar básica y/o una silla de ruedas estándar básica.

**Estudiante de tiempo completo** hace referencia a un estudiante en un colegio o universidad que está tomando 10 horas de crédito (estudiantes no graduados) o 6 horas de crédito (estudiantes graduados). La condición de estudiante de tiempo completo para los individuos inscriptos en colegios o universidades que no utilizan un sistema de horas de crédito debe evidenciarse a través de la entrega de documentación acerca de la condición de estudiante de tiempo completo.

**Examen físico de rutina** hace referencia al examen del cuerpo físico realizado por un **médico** únicamente con fines preventivos o informativos, y no para el diagnóstico o tratamiento de cualquier condición. El examen físico de rutina también incluye análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación, prevención, o informativos.

**Familiar** hace referencia al padre biológico o putativo; cónyuge actual; hermanos biológicos o putativos; o hijo biológico o putativo, mayores de 18 años.

**Hospital** hace referencia a una institución que opera como un **hospital** de conformidad con la ley, y está autorizada por el estado o país en el que opera, y opera principalmente para la recepción, el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas como **pacientes hospitalizados**, y brinda servicios de enfermería durante las 24 horas de guardia o turno, y tiene un personal de uno o más **médicos** disponibles en todo momento, y brinda instalaciones organizadas y equipos para el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas agudas en sus instalaciones, y no funciona principalmente como un centro de rehabilitación, un centro de cuidados a largo plazo, un **centro de cuidados prolongados**, una residencia de enfermería, de descanso, de **asistencia de custodia** o para convalecientes, un lugar para los ancianos, adictos a las drogas, alcohólicos o fugitivos, o centros similares.

**Lesión** hace referencia a un daño inesperado e imprevisto al cuerpo causado por un accidente que requiere tratamiento médico.

**Médicamente necesario** hace referencia a un servicio o suministro que es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una **enfermedad** o **lesión** sobre la base de una práctica médica actual generalmente aceptada conforme lo determinemos **nosotros**. Un servicio o suministro no será considerado

**médicamente necesario** si es provisto únicamente como una conveniencia para **usted** o para el proveedor, y/o no es adecuado para **su** diagnóstico o síntomas, y/o excede el alcance, la duración o intensidad del nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado para una **enfermedad o lesión**.

**Médico** hace referencia a un doctor en medicina (MD), un doctor en cirugía dental (DDS), un doctor en medicina odontológica (DDM), un doctor en podología (DPM), un doctor en osteopatía (DO), un fisioterapeuta o kinesiólogo licenciado, y un doctor en psiquiatría (Psy. D) y un doctor en psicología (Ph. D). Médico también abarca a los practicantes de enfermería certificados (CNP), enfermeros anestesistas registrados certificados (CRNA), partera enfermera o asistente médico (PA) bajo las órdenes de un médico. Un médico debe estar actualmente autorizado por la jurisdicción en la que provee sus servicios, y los servicios provistos deben estar dentro del alcance de dicha autorización y cubierto por la presente Póliza Maestra.

**Miembro** hace referencia a un individuo cubierto en virtud de este seguro.

**Normal, razonable y usual** hace referencia a lo menor de lo siguiente:

3. Al ciento cincuenta por ciento (150%) de los cargos pagaderos según el programa Medicare de los Estados Unidos, por reclamos incurridos fuera de la red de la PPO dentro de los EE. UU. o
4. Al cargo más común para los servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre el cargo, mientras dichos cargos sean razonables. Nosotros determinaremos lo que se define como cargos **normales, razonables y usuales**. Al determinar si un cargo es **normal, razonable y usual**, podremos tener en cuenta uno o más de los siguientes factores: el nivel de destreza, el alcance de la capacitación y la experiencia requerida para realizar el procedimiento o servicio, la cantidad de tiempo requerido para realizar el procedimiento o los servicios en comparación con la cantidad de tiempo requerido para realizar otros servicios similares, la gravedad o naturaleza de la **enfermedad o lesión** que se está tratando, la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros o por servicios, medicamentos o suministros comparables en otras partes del país, el costo para el proveedor de la provisión de los servicios, medicamentos o suministros, otros factores que **nosotros**, en el ejercicio razonable de su discreción, determinemos adecuados.

**Nosotros/a nosotros/nuestro(s)/nuestra(s)** hace referencia a Tokio Marine HCC Medical Insurance Services, Group.

**Paciente ambulatorio** hace referencia a un miembro que recibe tratamiento **médicamente necesario** por un **médico** para una **lesión o enfermedad** que no requiere que el miembro pase la noche en un **hospital**.

**Paciente hospitalizado** hace referencia a una persona que es un paciente que pasa la noche en un **hospital**, utilizando una habitación y consumiendo alimentos, y pagando por dichos servicios.

**País anfitrión** hace referencia al país, distinto del **país de residencia**, en el que **usted** participará en actividades educativas. Para los ciudadanos estadounidenses y residentes legales, el país anfitrión debe ser ajeno a EE.UU., incluyendo las Islas Vírgenes Estadounidenses, Puerto Rico, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

**País de residencia** hace referencia, para los ciudadanos estadounidenses, al país de residencia son los Estados Unidos de América, independientemente de la ubicación de **su** residencia principal. Para los ciudadanos no estadounidenses, el **país de residencia** es el país donde **usted** reside principalmente y recibe el correo habitual.

**Periodo del certificado** hace referencia al periodo de tiempo que comienza en la fecha y hora de la **fecha efectiva del certificado** y que finaliza en la fecha y hora de la **fecha de finalización del certificado**.

**Profesor de tiempo completo** hace referencia a un individuo afiliado a una institución educativa y que participa en actividades educativas por al menos 30 horas por semana. Estas actividades pueden incluir, entre otros, la realización de investigaciones en un área de especialidad o la enseñanza por un periodo de tiempo provisorio.

**Tercero relacionado** hace referencia a un familiar **suyo**, a **su** compañero de viaje, a un pariente de **su** compañero de viaje y a cualquier otra persona, individuo o familiar con **usted** quien resida o se hospede.



**Terminación terapéutica del embarazo** hace referencia a la terminación intencional del embarazo que fue **considerada médicamente** necesaria para el bienestar de la madre.

**Trastorno de salud mental** hace referencia a una enfermedad o trastorno mental o emocional que generalmente denota una enfermedad del cerebro con síntomas predominantes de conducta; o una enfermedad de la mente o la personalidad, evidenciada por un comportamiento anormal; o un trastorno de conducta evidenciado por un comportamiento social anormal. Los trastornos de salud mental incluyen: psicosis, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, y aquellas enfermedades psiquiátricas enumeradas en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los EE. UU.

**Tratamiento odontológico** hace referencia al cuidado de los dientes, las encías o huesos que sostienen los dientes, incluidas las prótesis dentales y la preparación para las prótesis dentales.

**Unidad de Cuidados Intensivos** hace referencia a una unidad de cuidados de cardiología u otra unidad o área de un **hospital** que cumple con los estándares requeridos por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales para las Unidades de Cuidados Especiales.

**Usted/Su(s)** hace referencia a cada persona asegurada mencionada en el **certificado**.

# ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y conforme a las condiciones y restricciones contenidas en la presente póliza, **nosotros** pagaremos los siguientes beneficios por muerte y desmembramiento accidental en caso de ser elegidos por **usted** y conforme al pago de una prima y a las restricciones que se indican a continuación:

Muerte accidental opcional se define como: Un evento súbito, no intencional e inesperado causado solamente por un medio externo y visible y que le produzca a **usted** una lesión física y luego, la muerte. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades**.

Desmembramiento accidental opcional se define como: Un evento súbito, no intencional e inesperado, causado sólo por medios externos y visibles y que produce la separación completa del cuerpo de una o más extremidades o los ojos y no causado por **enfermedades**. A los fines del beneficio de muerte y desmembramiento accidental provisto por el seguro, el término "extremidad" significa: El brazo, cuando la separación sea en o sobre (hacia el codo) la muñeca, o la pierna cuando la separación sea en o sobre (hacia la rodilla) el tobillo. La pérdida de uno o ambos ojos significará: La pérdida de la visión completa, permanente e irrevocable.

## USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Fallecimiento: **nosotros** abonaremos el monto indicado en el Resumen de beneficios, al **beneficiario**; o
2. Pérdida de 2 o más extremidades o los ojos: **nosotros** le pagaremos a **usted** el monto indicado en el Resumen de beneficios, o
3. Pérdida de 1 extremidad o un ojo: **nosotros** le pagaremos a **usted** la mitad del monto indicado en el Resumen de beneficios.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO**, a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. El **accidente** que da lugar a la muerte accidental o desmembramiento debe estar cubierto por este seguro, y
2. el fallecimiento debe producirse dentro de los 30 días de haber ocurrido el hecho de manera repentina, inesperada e involuntaria y sin ser causado por una enfermedad o dolencia.

## USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Accidentes o siniestros causados o contribuidos por alguno de los siguientes:
  - a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, ya sea declarado o no declarado.
  - b. **Su** participación en una conmoción callejera, insurrección o trastorno violento.
  - c. **Su** servicio en las fuerzas armadas de un país.
  - d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** autoinfligida, ya sea que el individuo esté sano o demente.
  - e. El uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga, a menos que se use conforme a las instrucciones de un **médico**.
  - f. Comisión o intento de delito grave.
  - g. Enfermedad, **trastorno de salud mental** o embarazo.
  - h. Como resultado de intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** que **usted** sufrió, ya sea directa o indirectamente.
  - i. Infarto del miocardio o **accidente** cerebrovascular (ACV / Ataque cardíaco).
  - j. Infección, excepto las infecciones provocadas a través de una herida causada únicamente por un **accidente**.
  - k. **Lesión** al conducir, embarcar o descender de una aeronave si **usted** estuvo operando la aeronave, aprendiendo a operarla, actuando como miembro de la tripulación o si la aeronave estaba siendo utilizada para un fin distinto del transporte de pasajeros.
  - l. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores.
  - m. Actividades deportivas no cubiertas
2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Todos los demás términos de la Póliza Maestra permanecen sin modificaciones.

# ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y conforme a las condiciones y restricciones contenidas en la presente póliza, **nosotros** pagaremos los beneficios por respuesta ante situaciones de crisis opcionales en caso de ser elegidos por **usted** y conforme al pago de una prima y a las restricciones de que se indican a continuación:

## USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. **Rescate** o
2. **Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis** u
3. **Objetos personales**

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO** a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

- a. Notificación: Antes de entregarse al pago de un **rescate**, la persona que autoriza la rendición deberá haber notificado o haber hecho todos los intentos razonables por notificar a:
  - i. La Agencia Federal de Investigación (FBI) o las agencias de cumplimiento de la ley locales tan pronto como resulte practicable teniendo en cuenta la seguridad de la(s) persona(s) recluidas o amenazadas y
  - ii. Grupo de recursos de la unidad a través nuestro.
- b. El pago de un Rescate no debe:
  - i. Ser trasladado ni transportado por **usted** ni encontrarse en su poder en el momento en que el **secuestro exprés** o el **secuestro** ocurran en primer término ni
  - ii. En el lugar en el que el **secuestro exprés** o el **secuestro** ocurran en primer término, a menos que se llevado hasta ese lugar con el solo fin de transportar una demanda de **rescate** previamente comunicada.
- c. Confidencialidad: **Usted** debe, en todo momento, emplear sus mejores esfuerzos para garantizar que el conocimiento de la existencia de este seguro se restrinja todo lo posible.
- d. Confidencialidad: **Usted** debe, en todo momento, emplear sus mejores esfuerzos para garantizar que el conocimiento de la existencia de este seguro se restrinja todo lo posible.

## USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los **secuestros exprés** o **secuestros** que ocurran en primer término en Irak, Afganistán, Pakistán, Nigeria, Somalia, Venezuela o cualquier otro país con el cual tenemos prohibido realizar transacciones debido a sanciones por parte de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.
2. Un **secuestro exprés** o **secuestro** que resulte de un acto fraudulento, deshonesto o penal suyo o de un representante autorizado (ya sea que haya actuado solo o en connivencia con otros), a menos que la persona que autorice el pago del **rescate** haya realizado, antes del pago, todos los intentos razonables por determinar que la demanda de **rescate** o amenaza era genuina.
3. Los **gastos surgen directa o indirectamente** de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Límites a la responsabilidad:

- i. **Periodo total del certificado:** Nuestra responsabilidad total por todos los **siniestros asegurados** no superará el total del periodo del certificado establecido en el presente.
- ii. En caso de que **usted** esté cubierto por dos o más pólizas emitidas por **nosotros** que cubran **siniestros asegurados** que surjan de un **secuestro** o **secuestro exprés**, se acepta que **nuestra** responsabilidad total por **siniestros asegurados** padecidos por **usted** no será acumulativa y, en ningún caso, superará el monto más grande disponible bajo cualquiera de las pólizas.

Valuación: **Nosotros** no seremos responsables de un monto que supere el valor real de una contraprestación al momento de su entrega. Si los **siniestros asegurados** implican una moneda distinta de la de los Estados

Unidos de América, **nosotros** no seremos responsables de un monto mayor que el monto en dólares estadounidenses equivalente al monto en moneda extranjera sobre la base de la tasa de cambio publicada en el Wall Street Journal el día en que la suma fue entregada o en que se incurrió en los gastos.

**Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis** hace referencia a todos los aranceles y gastos relacionados con su **secuestro** o **secuestro exprés**.

**Secuestro exprés** hace referencia a **su** abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad cuando **usted** entregue **sus objetos personales** o activos disponibles a cambio de **su** liberación.

**Secuestro** hace referencia a su abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad por parte de una o más personas que demanden un **rescate** específicamente de **sus** activos a cambio de **su** liberación.

**Siniestros asegurados** hace referencia a siniestros y gastos compuestos por: **rescate, objetos personales o aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis**.

**Objetos personales** hace referencia a sumas o bienes de valor monetarios que sean:

1. Traslados o transportados por **usted** cuando ocurra un **secuestro** o **secuestro exprés** en primer término y
2. Se entreguen durante el transcurso de un **secuestro** o **secuestro exprés**.

**Rescate** hace referencia a sumas o tras contraprestaciones de valor monetario que entregue o que vaya a entregar **usted** u otra persona en **su** nombre para cumplir con una demanda proveniente de **secuestro** o **secuestro exprés**

Todos los demás términos de la Póliza Maestra permanecen sin modificaciones.