



TOKIOMARINE
HCC

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

Atlas Travel[®]

Descripción de la cobertura

SPECIMEN

Índice

Declaración de exención de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de EE. UU. ("PPACA", en inglés):.....	3
Resumen de la descripción de la cobertura.....	3
Características importantes de su seguro de viaje.....	3
Cancelación.....	3
Reclamos:.....	4
Queja.....	4
Protección de la información.....	4
Derechos de los terceros.....	4
Ley y competencia.....	4
Tokio Marine HCC Medical Insurance Services Group4	
Elegibilidad de los Miembros, Fecha de Entrada en Vigencia y Extinción del Certificado, Periodo de Beneficios y Cobertura en el País de Residencia.....	5
Elegibilidad.....	5
Fecha de entrada en vigencia del certificado:.....	5
Fecha de extinción del certificado.....	5
Periodo de beneficios.....	5
Cobertura en el país de residencia.....	5
Programa de Beneficios y Límites.....	6
Requisitos de la organización proveedora preferida (PPO) de los Estados Unidos.....	9
Procedimiento para presentar reclamos.....	9
Prueba del reclamo.....	9
Cooperación en reclamos.....	9
Acceso a materiales adicionales.....	10
Otro seguro.....	10
Arbitraje.....	10
Queja.....	10
Cómo apelar un reclamo.....	10
Por otras quejas.....	10
Enfermedades preexistentes.....	11
Gastos médicos y por repatriación.....	11
Gastos médicos.....	11
Evacuación médica de emergencia.....	12
Interrupción de viaje.....	13
Regreso de un menor.....	14
Evacuación política.....	14
Repatriación de restos.....	14
Entierro o cremación local.....	15
Beneficio de indemnidad del hospital y gastos de visita.....	15
Indemnización por hospitalización.....	15
Reunión de emergencia.....	15
Visita domiciliaria.....	16
Entrega de mascotas.....	16
Equipaje registrado extraviado.....	16
Demora en viajes.....	17
Desplazamiento del alojamiento.....	17
Desastre natural.....	17
Accidente personal.....	18
Muerte y desmembramiento accidental.....	18
Beneficio por muerte accidental en transporte público.....	18
Deportes y actividades.....	20
Respuesta ante Situaciones de Crisis.....	21
Responsabilidad personal.....	22
Terrorismo.....	23
Exclusiones Generales.....	24
Definiciones.....	26
Anexo del beneficio de muerte y desmembramiento.....	30
accidental opcional.....	30
Anexo del beneficio por respuesta ante situaciones de crisis opcional.....	32
Anexo del beneficio de responsabilidad personal opcional.....	34

Declaración de exención de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de EE. UU. (“PPACA”, en inglés):

Este seguro no está sujeto y no presta algunos beneficios de seguro exigidos por la PPACA de los Estados Unidos. En ningún caso **nosotros** otorgaremos beneficios que excedan los especificados en los documentos de la póliza y este seguro no está sujeto a emisión garantizada ni renovación. La PPACA les exige a ciertos residentes y ciudadanos de los EE. UU. que contraten una cobertura de seguro conforme a la PPACA. En ciertas circunstancias, podrían imponerse multas a los residentes y ciudadanos de EE. UU. que no cuenten con una cobertura de seguro conforme a la PPACA. **Usted** debería consultar a **su** abogado o profesional impositivo para determinar si los requisitos de la PPACA se aplican a **usted**. El **certificado** contiene los beneficios del plan que ha seleccionado, incluido un tope máximo de por vida. Revise **sus** elecciones para asegurarse de que **usted** cuenta con una cobertura suficiente para satisfacer **sus** necesidades médicas.

Resumen de la descripción de la cobertura

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N.º 161920-1. Para obtener 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 programa 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 programa 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 la 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:

- Corresponderá una comisión por cancelación de \$25 por los costos administrativos en los que incurramos y
- Se reembolsará únicamente la parte no utilizada del costo del plan y
- Usted** no debe haber presentado ningún reclamo para poder resultar apto para un reembolso de la prima.

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**. **Usted** tendrá 60 días a partir del último día del periodo del certificado para presentarnos la prueba del reclamo.

Queja

La presente póliza de seguro contiene un Procedimiento de Queja que **le** indica los pasos que debe seguir si desea presentar una queja.

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 **nosotros** 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”)

Toda subsidiaria de Tokio Marine HCC, Tokio Marine HCC Medical Insurance Services Group está autorizada por Autoridad Regulatoria Prudencial (PRA) y se rige por la Autoridad de Conducta Financiera (FCA) y la Autoridad Regulatoria Prudencial. Inscripta en Inglaterra y Gales bajo el No. 04632146. Domicilio registrado: 1 Aldgate, London, EC3N 1RE, Reino Unido.

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

Elegibilidad de los Miembros, Fecha de Entrada en Vigencia y Extinción del Certificado, Periodo de Beneficios y Cobertura en el País de Residencia

Elegibilidad

Los ciudadanos estadounidenses y los ciudadanos no estadounidenses de al menos 14 días de edad serán elegibles para recibir la cobertura fuera de sus **países de residencia**, excepto conforme se indica en la cobertura en el país de residencia de este plan. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos de 70 a 79 años estarán sujetos a un máximo general de \$100.000 o menos. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos mayores de 80 años estarán sujetos a un límite máximo general de \$10.000.

Fecha de entrada en vigencia del certificado:

El seguro contraído en virtud del presente comenzará:

- en el momento en que **nosotros** recibamos la solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por Internet o por fax; o
- 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; o
- en el momento en que **usted** sale de **su país de residencia** o
- 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:

- a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. del último día del periodo por el cual se pagó la prima; o
- a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud; o
- en el momento de llegada, a **su** regreso a **su país de residencia** (a menos haya comenzado un periodo de beneficios o resulte elegible para la cobertura en su 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 elegibles, por hasta 90 días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubierta mientras **usted** se encuentre fuera de **su país de residencia**. El periodo de beneficios se aplicará únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la **lesión** o **enfermedad** que haya comenzado cuando el **certificado** se encontraba vigente.

Cobertura en el país de residencia

Periodo de beneficios. 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 elegibles que hayan sido incurridos en **su país de residencia** durante el periodo de beneficios. La cobertura en el país de residencia se aplicará únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la **lesión** o **enfermedad** que haya comenzado cuando el certificado se encontraba vigente.

Cobertura incidental en el país de residencia. Para los ciudadanos y residentes legales estadounidenses, por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, los gastos médicos elegibles incurridos en los EE. UU. estarán cubiertos por un máximo de 15

días por cada periodo de tres meses. Para los residentes o ciudadanos no estadounidenses, por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, los gastos médicos elegibles incurridos en **su país de residencia** estarán cubiertos por un máximo de 30 días por cada periodo de tres meses. 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.

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.

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 **nosotros** los enviemos una notificación por correo a **su** último domicilio conocido con una antelación mínima de 30 días.

Programa de Beneficios y Límites

Salvo disposición en contrario, todos los beneficios estarán sujetos a **deducible**, **coseguro** y son por **periodo del certificado**.

Límite máximo general (No incluye la evacuación médica de emergencia, muerte y desmembramiento accidental, muerte accidental en transporte público, responsabilidad personal y respuesta ante situaciones de crisis)	80 años o más: \$10.000. De 70 a 79 años: \$50.000, \$100.000. Todos los demás: \$50.000, \$100.000, \$200.000, \$500.000 o \$1.000.000
Máximo por lesión/enfermedad	80 años o más: \$10.000. De 70 a 79 años: \$50.000, \$100.000. Todos los demás: \$50.000, \$100.000, \$200.000, \$500.000 o \$1.000.000
Deducibles	\$0, \$100, \$250, \$500, \$1.000 o \$2.500 por periodo del certificado .
Coseguro – Reclamos incurridos en los EE. UU. o en el Canadá	Nosotros pagaremos el 80% de los siguientes \$5.000 por gastos elegibles después del deducible; luego, el 100% hasta el límite máximo general. Si los gastos se incurren dentro de la Organización Proveedora Preferida (PPO) y se nos envían a nosotros para su revisión y pago directamente al proveedor, se dispensa el pago del coseguro.
Coseguro – Reclamos incurridos fuera de los EE. UU. o del Canadá	Nosotros pagaremos el 100% de los gastos elegibles después del deducible hasta el límite máximo general.
Beneficio	Límite
Sujeto a deducible, coseguro y por periodo del certificado, a menos que se indique específicamente lo contrario	
Habitación y comida en el hospital	Tarifa promedio de una habitación semi-privada, incluidos los servicios de enfermería.
Unidad de Cuidados Intensivos	Cargos normales, razonables y usuales
Ambulancia local	Cargos normales, razonables y usuales , cuando la enfermedad o lesión cubierta genere una internación como paciente hospitalizado.

Copago por sala de emergencias– Reclamos incurridos en los EE. UU. o en el Canadá	Usted será responsable de un copago de \$200 por cada uso de la sala de emergencias por una enfermedad , a menos que sea internado en el hospital . No abonará copago por el tratamiento de una lesión en la sala de emergencia.
Unidad de emergencias – Reclamos incurridos en los EE. UU. o en el Canadá	En cada visita, usted será responsable de un copago de \$50, luego del cual se aplicará el coseguro. No está sujeto a deducible.
Comienzo agudo de enfermedad preexistente (<i>sin incluir las enfermedades crónicas y congénitas</i>) (<i>sólo disponible para miembros menores de 70 años</i>)	Límite máximo general Máximo de por vida de \$25.000 para la evacuación médica de emergencia.
Terrorismo	Máximo de por vida de \$50.000, únicamente gastos médicos elegibles.
Fisioterapia	\$50 máximo por día.
Todos los demás gastos médicos elegibles	Cargos normales, razonables y usuales
Beneficio No sujeto a deducible o coseguro.	Límite
Evacuación médica de emergencia	Máximo de por vida de \$1.000.000, excepto de conformidad con una enfermedad preexistente de inicio agudo.
Repatriación de restos	Límite máximo general
Entierro o cremación local	Máximo de por vida de \$5.000.
Respuesta ante Situaciones de Crisis – Rescate, objetos personales y aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis	\$10.000
Anexo de la Respuesta ante Situaciones de Crisis Opcional	\$90.000
Reunión de emergencia	\$50.000, sujeto a un máximo de 15 días”
Visita domiciliaria	\$1.500
Regreso de un menor	\$50.000
Entrega de mascotas	\$1.000
Evacuación política	Máximo de por vida de \$10.000.
Interrupción de viaje	\$5.000

<p>Muerte y desmembramiento accidental (no incluye la pérdida debido a un accidente en transporte público)</p> <p>De 18 a 69 años</p> <p>Menores de 18:</p> <p>De 70 a 74 años</p> <p>Mayor de 75 años:</p>	<p>Máximo de por vida: \$50.000. Muerte: \$50.000 Pérdida de 2 extremidades: \$50.000 Pérdida de 1 extremidad: \$25.000</p> <p>Máximo de por vida: \$5.000. Muerte: \$5.000 Pérdida de 2 extremidades: \$5.000 Pérdida de 1 extremidad: \$2.500</p> <p>Máximo de por vida: \$12.500. Muerte: \$12.500 Pérdida de 2 extremidades: \$12.500 Pérdida de 1 extremidad: \$6.250</p> <p>Máximo de por vida: \$6.250. Muerte: \$6.250 Pérdida de 2 extremidades: \$6.250 Pérdida de 1 extremidad: \$3.125</p> <p>Beneficio máximo de \$250.000 para cada familia o grupo.</p>
<p>Anexo del beneficio de muerte y desmembramiento accidental opcional (<i>sólo disponible para miembros de 18 a 69 años</i>)”</p>	<p>Máximo de por vida: \$50.000. Muerte: \$50.000 Pérdida de 2 extremidades: \$50.000 Pérdida de 1 extremidad: \$25.000</p>
<p>Muerte accidental en transporte público</p> <p>De 18 a 69 años</p> <p>Menores de 18:</p> <p>De 70 a 74 años</p> <p>Mayor de 75 años:</p>	<p>\$50.000</p> <p>\$25.000</p> <p>\$12.500</p> <p>\$6.250</p> <p>Sujeto a un máximo de \$250.000 por cada familia o grupo.</p>
<p>Equipaje registrado extraviado</p>	<p>\$500</p>
<p>Demora en viajes</p>	<p>Máximo de \$100 por día después de un periodo de demora de 12 horas, que requiere una noche de estadía no planificada. Sujeto a un máximo de 2 días.</p>
<p>Emergencia odontológica (dolor de inicio agudo)</p>	<p>\$250</p>
<p>Desastre natural</p>	<p>Máximo de \$100 por día durante 5 días</p>
<p>Indemnización por hospitalización</p>	<p>\$100 por día de internación como paciente hospitalizado</p>
<p>Responsabilidad personal</p>	<p>Máximo de por vida de \$10.000. \$10.000 lesión de terceros \$10.000 bienes de terceros \$2.500 con bienes de terceros relacionados</p>
<p>Anexo del beneficio de responsabilidad personal opcional</p>	<p>Máximo de por vida de \$90.000.</p>

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 Proveedora Preferida 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** enviaremos el pago por los gastos elegibles directamente al proveedor y renunciaremos 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.

Procedimiento para presentar reclamos

Usted deberá presentar un reclamo por todo gasto que **nosotros** debamos abonar. Esto incluye el tratamiento o los servicios por los que **usted** espera que el proveedor médico **nos** facture 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

Prueba del reclamo

Cuando **nosotros** recibamos el aviso acerca de un reclamo, le entregaremos a **usted** 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 y
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**.

Usted tendrá **60 días** a partir del último día del **periodo del certificado** para presentarnos la **prueba del 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 **nosotros** o **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 **usted** no

cooperara con **nosotros** o **nuestra** investigación del reclamo, **nosotros** no nos haremos responsables del pago de ningún reclamo.

Acceso a materiales adicionales

Usted deberá brindar a **nosotros** o a **nuestros** representantes designados, toda la información, documentación, información médica que **nosotros** 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 con relación al monto que deba pagarse en virtud de este seguro, dicha disputa será sometida a un arbitraje de conformidad con los procedimientos de la Asociación Americana de Arbitraje. 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**.

Queja

Nuestro compromiso es brindar 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.

Cómo apelar un reclamo

Si **nosotros** negamos la totalidad o parte de un reclamo en virtud del presente, **usted** tendrá 90 días desde la fecha de envío del aviso de rechazo a **su** domicilio conocido para presentarnos una apelación escrita. 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.

Dentro de los 60 días siguientes al recibo de la apelación, **nosotros** revisaremos el reclamo. **Usted** recibirá una respuesta por escrito. Dentro de los 60 días siguientes al recibo de la respuesta a la apelación por parte **nuestra**, **usted** podrá iniciar una segunda apelación. Dentro de los 60 días siguientes al recibo de la segunda apelación **nuestra**, el reclamo será evaluado por personal médico y/o de reclamos que no haya participado en la determinación del reclamo inicial o de la apelación inicial. Se realizará una determinación final y se le enviará.

Por otras quejas

Si **su** queja está relacionada con la forma en la que la presente póliza ha sido administrada, envíenos **su** consulta o inquietud a:

<http://service.hccmis.com/>

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

Enfermedades preexistentes

La presente póliza no cubre enfermedades preexistentes, excepto los cargos que resulten directamente del comienzo de una enfermedad aguda preexistente, en virtud de los límites previstos en el Programa de Beneficios y Límites.

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 2 años 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 2 años 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 2 años inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado. A los fines de la cobertura de las complicaciones del embarazo ofrecida en virtud del presente, el embarazo no estará incluido dentro de la definición de una **condición preexistente**.

El **inicio agudo de una enfermedad preexistente** hace referencia a un comienzo repentino e inesperado o la recurrencia de una **enfermedad preexistente** que ocurre espontáneamente y sin una advertencia preliminar, ya sea en forma de recomendación o síntoma médico, es de corta duración, rápidamente progresivo y requiere de atención urgente. El inicio agudo de una enfermedad preexistente debe ocurrir después de la fecha de entrada en vigencia del certificado. Debe recibirse tratamiento dentro de las 24 horas siguientes al brote o la recurrencia súbita e inesperada. Ninguna **enfermedad preexistente** que sea una enfermedad congénita o crónica o que se agrava gradualmente con el tiempo será considerada inicio agudo. Este beneficio no incluye cobertura por atención médica, medicamentos ni tratamientos conocidos, programados, requeridos ni esperados existentes o necesarios antes de la fecha de efectiva del certificado.

Gastos médicos y por repatriación

Sujeto a los límites establecidos en el programa 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

Nosotros abonaremos

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 internados como pacientes hospitalizados y
 - e. Tratamiento de emergencia de una **lesión**, incluso si no se requiere internación en el **hospital** y

- f. Tratamiento de emergencias de una **enfermedad**, sujeto al copago de la sala de emergencias conforme se detalla en el programa de beneficios y límites. El copago de la sala de emergencias se renuncia cuando **usted** sea directamente admitido en el **hospital** como un **paciente** hospitalizado para continuar con el tratamiento de dicha **enfermedad**.
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 diabéticos y otros suministros para uso o aplicación en el hogar, y todos los dispositivos o suministros para uso repetido en el hogar, excepto el **equipo médico durable**.
 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. 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.
 9. Oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un **médico**.
 10. Anestesia y su administración por un **médico**.
 11. Drogas que requieren una receta por parte de un **médico** para el tratamiento de una **lesión o enfermedad** cubierta, pero no para el reemplazo de drogas extraviadas, robadas, dañadas, vencidas o de cualquier otra forma en riesgo, y por un suministro máximo de 60 días por receta.
 12. Cuidado en un **centro de cuidados prolongados** autorizado, luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
 13. **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 **internación médicamente necesaria** como paciente hospitalizado.
 14. Transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una **lesión o enfermedad** que genere una **internación**.
 15. 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.
 16. 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**.
 17. 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.
 18. Fisioterapia si es recetada por un **médico** que no esté afiliado con la práctica de la fisioterapia, necesariamente incurrida para continuar la recuperación de una **lesión o enfermedad** cubierta.
 19. La **lesión o enfermedad** resultante de la participación en deportes o actividades deportivas que no se encuentren excluidas por este seguro.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Evacuación médica de emergencia

Nosotros abonaremos

1. Transporte aéreo de emergencia al aeropuerto adecuado más cercano al **hospital** donde **usted** 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 **usted** recibirá tratamiento.

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. La **enfermedad** o **lesión** que dé lugar al gasto médico esté cubierta por este seguro y
- b. Los tratamientos, servicios y suministros **médicamente necesarios** no puedan proveerse de forma local y
- c. El transporte por cualquier otro método causaría **su** muerte o la pérdida de una de **sus** extremidades y
- d. Fue recomendado por el **médico** tratante que certifica lo antes mencionado y
- e. Fue aceptado por **usted** o un **familiar suyo** y
- f. La condición de salud que dio lugar a la evacuación médica de emergencia debe haber ocurrido de forma espontánea y sin advertencia previa, ya sea mediante una recomendación del **médico** o síntomas que harían que una persona prudente busque atención médica antes del inicio de la emergencia.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Gestión de viajes, sin incluir la ambulancia local de emergencia, que no haya sido aprobada con anticipación y coordinada por **nosotros** y
2. Nada de lo mencionado 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 al **país de residencia** es más adecuado que el traslado al **hospital** calificado más cercano.

Interrupción de viaje

Nosotros abonaremos:

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida en clase económica para **usted** hasta la terminal de **su** residencia principal o
2. El costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida en clase económica para **usted** desde el área donde **usted** fue internado luego de una evacuación médica de emergencia hasta el área donde fue inicialmente evacuado o hasta la terminal del área de **su** residencia principal.

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. después de la recepción de prueba de uno o más de los siguientes supuestos: luego de la partida del **país de residencia**, destrucción mayor al 40% de su residencia principal causada por fuego o condiciones climáticas, o el fallecimiento de un padre, cónyuge, hermano, hijo o nieto o
- b. después de una evacuación médica de emergencia cubierta, cuando el **médico** tratante afirme que el regreso a su **país de residencia** o al área desde la cual fue inicialmente evacuado es **médicamente necesario** para la continuación del tratamiento o la recuperación.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Regreso de un menor

Nosotros abonaremos:

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre en clase económica de ida por cada menor cubierto hasta la terminal del área de la residencia principal de cada menor.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. **Usted** sea la única persona mayor de 18 años que viaja con uno o más menores de 18 que también están cubiertos por el presente seguro y
- b. Usted esté internado para recibir el tratamiento por una **enfermedad o lesión** cubierta, y el menor queda desatendido por un periodo de tiempo que es probable que exceda las 36 horas y
- c. El beneficio del regreso de un menor sea aceptado por **usted** y/o por un adulto autorizado que sea un **familiar** del niño menor cubierto afectado.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

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.

Evacuación política

Nosotros abonaremos:

1. Si el gobierno de EE. UU. emite una advertencia de viaje luego de **su** llegada al país de destino, **nosotros** abonaremos el costo del transporte por el medio más económico posible para **usted** al país seguro más cercano o a **su país de residencia**, siempre **usted** se comunique con **nosotros** dentro de los 10 días siguientes a la fecha de emisión de la advertencia.

Nosotros determinaremos el país al que será evacuado.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Repatriación de restos

Nosotros abonaremos:

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.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. Cuando la **enfermedad o lesión** que dé lugar al gasto médico esté cubierta por este seguro.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Gestión de viajes que no hayan sido aprobados con anticipación y coordinados por **nosotros** y
2. Nada de lo 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. **Usted** acuerda mantenernos indemnes y no seremos responsables por cualquier demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

Entierro o cremación local

Nosotros abonaremos:

1. Los costos relacionados con **su** entierro o la cremación en el país de fallecimiento en reemplazo del beneficio de repatriación de restos hasta el beneficio máximo especificado.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Una Gestión de viajes que no haya sido aprobada con anticipación y coordinada por **nosotros** y
2. Un uso en conjunto con el beneficio de evacuación de emergencia o repatriación de restos y
3. Un fallecimiento que ocurra en **su país de residencia**.
4. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

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.

Beneficio de indemnidad del hospital y gastos de visita

Indemnización por hospitalización

Nosotros abonaremos:

1. El beneficio de indemnidad del hospital por cada noche que **usted** pase en el hospital.

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. Sólo después de la recepción de la verificación de una **internación** apta.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Reunión de emergencia

Nosotros abonaremos:

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 internado o donde será internado 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 internado por un periodo no mayor a los 15 días.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. Sólo después de una evacuación médica de emergencia cubierta.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Visita domiciliaria

Nosotros abonaremos:

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 internado o donde será internado.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. mientras **usted** se encuentre internado en una **unidad de cuidados intensivos hospitalaria** después de una **enfermedad** o de una **lesión** corporal que **haya puesto en riesgo su vida**.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Entrega de mascotas

Nosotros abonaremos:

1. El costo de un pasaje aéreo o terrestre en clase económica de ida por una mascota que deba trasladarse hasta la terminal del área de **su** residencia principal.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. **Usted** es la única persona mayor de 18 años que viaja con la mascota
- b. **Usted** es internado para recibir el tratamiento por una **enfermedad** o **lesión** cubierta, y la mascota queda desatendida por un periodo de tiempo que es probable que exceda las 36 horas.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Equipaje registrado extraviado

Nosotros abonaremos:

1. Reemplazo de ropa y artículos de higiene personal, que no deben exceder los \$50 por artículo.

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. El equipaje registrado extraviado debe haber sido registrado, de conformidad con los procedimientos de registración de equipaje de rutina, para su transporte con **usted**, a bordo de una aerolínea o crucero comercial programado, en el que usted era un pasajero con boleto pago y
- b. **Usted** debe presentar un reclamo formal por el equipaje extraviado ante el proveedor de transporte, y seguir todas las instrucciones y adoptar todas las medidas conforme lo disponga el proveedor de transporte para ubicar y recuperar el equipaje verificado extraviado y
- c. **Usted** debe entregarnos copias de toda la documentación del reclamo presentado ante el proveedor de transporte, y una declaración escrita del proveedor de transporte que confirme

que el equipaje había sido registrado y luego de una debida búsqueda, el equipaje continúa perdido y

- d. El equipaje registrado extraviado debe estar perdido desde la fecha en que realizamos el pago y a partir de dicha fecha, debe estar perdido por al menos 10 días.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Demora en viajes

Nosotros abonaremos:

1. Reembolso por alojamiento y comida razonables cuando **su** demora requiera una noche de estadía no planificada.

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. La demora sea de doce (12) horas o más y sea certificada por las siguientes causas:
 - i. demora del **transporte público** (que certifica el **transporte público**)
 - ii. accidente de tránsito mientras se encuentra en camino hacia el punto de partida de un aeropuerto fuera de **su país de residencia** (respaldado por una denuncia policial)
 - iii. huelga laboral organizada o en caso de que **usted** sea secuestrado en un vuelo o puesto en cuarentena;
 - iv. robo de pasaporte, documentos de viaje (respaldado por una denuncia policial).

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Transporte público hace referencia a avión, bus, tren o embarcación que opera con fines comerciales y que transporta pasajeros con boleto pago en rutas normalmente programadas y publicadas.

Desplazamiento del alojamiento

Desastre natural

Nosotros abonaremos:

1. Alojamientos sustitutos en caso de que **usted** sea **desplazado** del alojamiento planeado y pagado debido a una evacuación a causa de un desastre previsto o luego de una catástrofe.

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. después de la recepción de comprobante de pago del alojamiento del cual **usted** fue desplazado.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Desplazamiento hace referencia a haber sido requerido a abandonar un destino debido a una evacuación ordenada por las autoridades reinantes.

Desastre natural hace referencia a cualquier acto o fuerza de la naturaleza causado por factores ambientales que tiene consecuencias catastróficas. Los desastres naturales cubiertos son los siguientes: avalanchas, terremotos, inundaciones, huracanes, eventos de impacto, derrumbes, aludes, tornados, tsunamis, ciclones tropicales, tifones, erupciones volcánicas y fuegos arrasadores.

Accidente personal

Muerte y desmembramiento accidental.

Nosotros abonaremos:

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

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. El **accidente** que provoca la **muerte accidental** no debe ser un **accidente en transporte público** y
- b. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades** y
- c. El pago que realicemos en virtud de este beneficio no podrá ser mayor al monto total y
- d. La responsabilidad máxima conforme a la muerte y desmembramiento accidental por cualquier grupo o familia se limita a \$250.000.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

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 directamente 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.

Beneficio por muerte accidental en transporte público

Nosotros abonaremos:

1. El monto indicado en el Programa de Beneficios, al beneficiario.

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. El **accidente** que provoca la **muerte accidental** debe ocurrir mientras **usted** sea un pasajero con boleto pago en un viaje regularmente programado a bordo de una aerolínea o compañía de cruceros comercial y

- b. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades** y
- c. La responsabilidad máxima conforme a este beneficio por muerte accidental en transporte público por cualquier grupo o familia se limita a \$250.000.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. 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 o muerte accidental en transporte público. Si **usted** no designa a ningún **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** será automáticamente:

miembros mayores de 18: 1. Cónyuge (si corresponde), 2. Hijos (si corresponde) en partes iguales, 3. **Su** heredero.

miembros menores de 18: 1. Padre/Madre con patria potestad (si corresponde), 2. Hermanos (si corresponde) en partes iguales, 3. **Su** heredero.

Deportes y actividades

Usted estará cubierto por la práctica de deportes y actividades amateur/no profesionales, a menos que se excluyan a continuación. La cobertura es para fines recreativos en un viaje.

Usted debe asegurarse de que la actividad sea debidamente supervisada y de usar el equipo de seguridad adecuado (como el casco protector, los chalecos salvavidas, etc.) en todo momento.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de:

1. Una actividad atlética organizada que involucre prácticas o juegos regulares o programados y
2. Una actividad realizada de manera profesional o por un sueldo, recompensa o ganancia y
3. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales y
4. Alguno de los puntos que se detallan a continuación:
 - Vehículos todo terreno
 - Fútbol americano
 - Fútbol con reglas australianas
 - Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial)
 - Caída libre
 - Caza mayor
 - Trineo
 - Boxeo
 - Cave Diving
 - Fútbol (soccer)
 - Ala delta
 - Heli-Skiing
 - Globo aerostático como piloto
 - Jockey sobre hielo
 - Justas
 - Kite-Surfing
 - Luge
 - Artes marciales
 - Pentatlón moderno
 - Bicicletas todoterrenos motorizadas
 - Alpinismo en alturas de 7.000 metros o más
 - Eventos de resistencia en el exterior
 - Paracaidismo
 - Parapente
 - Paravelismo
 - Levantamiento de pesas
 - Uso de cuatriciclos
 - Carreras de cualquier animal o vehículo motorizado o BMX y pruebas de velocidad y pistas de carrera
 - Rugby
 - Corridas de toros
 - Esqueleto
 - 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)
 - Automóviles de nieve
 - Fútbol (soccer)
 - 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
 - Rafting en aguas rápidas.
 - Lucha

Respuesta ante Situaciones de Crisis

Nosotros abonaremos:

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

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- 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) recluida(s) o amenazada(s) y
 - ii. Unity Resources Group.
- 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. 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 serán acumulativos y, en ningún caso, superarán el monto más grande disponible bajo cualquiera de las pólizas.
- d. Valuación: **Nosotros** no seremos responsables de un monto que supere el valor real de un< 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.
- e. 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.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Los **secuestros exprés o secuestros** que ocurran en primer término en Irak, Afganistán, Pakistán, Nigeria, Somalia, Venezuela o cualquier otro país sujeto 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. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

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**.

Responsabilidad personal

Nosotros abonaremos:

Hasta la **suma asegurada** indicada en el Programa 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

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

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.

Condiciones especiales

1. **Usted o sus** representantes legales **nos** cursarán notificación escrita inmediata si han recibido notificación de alguna acusación o investigación relacionada con alguna 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 elegible 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.

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 toda persona física o natural que no sea familiar **suyo**, **su** compañero de viaje, un pariente de ese compañero de viaje y cualquier otra persona o familiar con quien resida o se hospede.

Terrorismo

Nosotros abonaremos:

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

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. La **lesión o enfermedad** no debe ser el resultado del uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, radioactiva o nuclear y
- b. **Usted** no debe tener una participación directa o indirecta en el acto de terrorismo y
- c. El acto de terrorismo no debe ser en un país o ubicación donde el gobierno de los Estados Unidos haya emitido una advertencia de viaje que haya estado vigente durante los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de **su** llegada y
- d. **Usted** no debe haberse negado a abandonar un país o ubicación dentro de los 10 días posteriores a la fecha en la que el gobierno de los Estados Unidos emita una advertencia para abandonar el país o la ubicación.

.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.

No abonaremos reclamos que surjan de

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; y
 - b. el uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, 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; y
 - c. cualquier acto de terrorismo, no específicamente enumerado anteriormente, y
 - 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 y
 - e. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

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.

Exclusiones Generales

Los cargos por las siguientes enfermedades, tratamientos (lo que incluye diagnósticos, análisis y exámenes), servicios, insumos, actos, omisiones o eventos no están incluidos en la cobertura en virtud del presente:

1. **Enfermedades preexistentes**, excepto los cargos que resulten directamente del comienzo de una enfermedad aguda preexistente, conforme se define en el presente, en virtud de los límites previstos en el Programa de Beneficios y Límites;
2. Defectos de nacimiento y enfermedades congénitas. Se considera que los defectos de nacimiento incluyen las condiciones hereditarias.
3. Exámenes médicos de rutina, que incluyen, entre otros, vacunas, inmunizaciones, chequeos anuales, la emisión de certificados y testimonios médicos, y exámenes con relación a la aptitud para un empleo o viaje.
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.**
6. Embarazo, excepto los cubiertos por Complicaciones en el Embarazo, conforme se define en el presente, interrupción del embarazo excepto en relación con las complicaciones del embarazo cubiertas, todos los cargos relacionados con el embarazo después de las 26 semanas de embarazo, cuidado prenatal de rutina, nacimiento del niño, cuidado postnatal y cargos incurridos por un niño menor de 14 días.
7. 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.
8. Impotencia o disfunción sexual.
9. Enfermedad venérea, lo que incluye a todas las insuficiencias y **enfermedades de transmisión sexual.**
10. VIH, SIDA o ARC y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el VIH.
11. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados.
12. Todas las formas de cáncer/neoplasma.
13. **Lesión** autoinfligida o **enfermedad** y/o suicidio o intento de suicidio, ya sea que el individuo esté sano o demente.
14. **Abuso de sustancias** o adicción o condiciones que puedan atribuirse al **abuso de sustancias** o adicciones y sus consecuencias directas.
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. **Lesiones** sufridas mientras se manejaba un vehículo motorizado, aeronave o embarcación, ya sea que esté registrada o no, mientras se encuentra bajo los efectos del alcohol, según prevea la ley de la jurisdicción en la que ocurrió la lesión o con un contenido de alcohol en sangre de 0,08, el que resulte menor.
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 internado 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. Crioconservación e implante o reimplante de células vivas.
35. Pruebas genéticas o predictivas.
36. Con fines **investigacionales o experimentales**.
37. Complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
38. Incurridos fuera de **su periodo del certificado**.
39. Presentado ante nosotros para el pago más de 60 días después del último día del **periodo del certificado**.
40. Superen los cargos **normales, razonables y usuales**.
41. No sean **médicamente necesarios**
42. No administrados por o bajo la supervisión de un **médico**, y productos que puedan adquirirse sin la receta de un médico.
43. Brindado por un **familiar**, pariente u otra persona que normalmente resida con **usted**.
44. Prestado por un quiropráctico.
45. Prestado sin costo alguno para **usted**.
46. Consultas telefónicas o inasistencia a una visita programada.
47. Cuando la salida del **país de residencia** haya sido para recibir tratamiento en el país/los países de destino.
48. Viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación médica de emergencia, repatriación de restos, reunión de emergencia, desastre natural, regreso de un menor, evacuación política e interrupción de viaje incluidas en este seguro.
49. pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica.
50. Guerra, acción militar o mientras se encuentre cumpliendo con su deber como un miembro de las fuerzas o unidades policiales o militares.
51. No incluidos como gastos elegibles, conforme se describe en el presente.

Definiciones

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

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 prescripto 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.

Certificado hace referencia al documento emitido a **usted** que evidencia los beneficios pagaderos en virtud de la Póliza Maestra y que confirmará el tipo de plan, el periodo de cobertura, el **país de residencia**, el número de certificado, los términos y condiciones especiales, el **deducible**, la lista de beneficios elegida y el área geográfica de la cobertura.

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.

Complicaciones en el Embarazo hace referencia a **enfermedades** cuyos diagnósticos son diferentes del embarazo, pero que se ven negativamente afectados por el embarazo o son causados por el embarazo y no están asociados con un embarazo normal. Esto incluye: embarazo ectópico, aborto espontáneo, hiperémesis gravídica, preclampsia, eclampsia, aborto fallido y enfermedades de gravedad similar. Las complicaciones del embarazo no incluyen: falso trabajo de parto, edema, trabajo de parto prolongado, reposo prescrito durante el periodo del embarazo, náuseas matutinas y condiciones de gravedad similar asociadas con la gestión de un embarazo difícil, y que no constituyen una condición médicamente diferente.

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 programa 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 elegibles, especificado en el programa de beneficios y límites, que **usted** debe pagar por cada **periodo del certificado** antes del pago de los gastos elegibles.

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.

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. A los fines de este seguro, la **enfermedad** incluye las complicaciones del embarazo durante las primeras 26 semanas del embarazo. La **enfermedad** no incluye problemas de aprendizaje, trastornos de conducta o problemas disciplinarios.

Enfermedades de transmisión sexual hace referencia a sífilis, gonorrea, linfogranuloma venéreo, cancroide, granuloma inguinal, clamidiosis, tricomoniasis, candidiasis genital, herpes genital, enfermedad inflamatoria pélvica, virus del papiloma humano (HPV), mycoplasma genitalium y hepatitis viral.

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

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.

Familiar hace referencia al padre biológico o putativo; hijo biológico o putativo; cónyuge actual; hermanos biológicos o putativos; o suegros, nueras, yernos o cuñados.

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.

Medicamento 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 **medicamento 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 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 **medicamento 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 un paciente que ocupa una cama de hospital por más de 24 horas para recibir tratamiento médico y cuya admisión fue recomendada por un **médico**.

País de residencia hace referencia, para los ciudadanos estadounidenses, a 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**. El periodo máximo del certificado es de 364 días.

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.

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.

Unidad de emergencias hace referencia a un centro médico de los EE. UU. separado del departamento de emergencias de un **hospital**, donde los pacientes ambulatorios pueden ser tratados sin turno y recibir atención inmediata, no rutinaria de emergencia para una **lesión o enfermedad** presentada sobre una base episódica.

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 programa 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 de edad 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.

Nosotros abonaremos:

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

Le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- a. **Usted** debe tener entre 18 y 70 años y
- b. El **accidente** que provoca la muerte o el desmembramiento accidental opcional debe estar cubierto por este seguro y
- c. El **accidente** que provoca la **muerte accidental** no debe ser un **accidente en transporte público** y
- d. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades** y
- e. El pago que **nosotros** realicemos en virtud de este beneficio no podrá ser mayor al monto total.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

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 programa 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:

Nosotros abonaremos hasta:

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

Nosotros le prestaremos los beneficios precedentes sólo cuando las condiciones y restricciones de esta póliza y las siguientes se cumplan y

- 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. Unity Resources Group.
- 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. 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 serán acumulativos y, en ningún caso, superarán el monto más grande disponible bajo cualquiera de las pólizas.
- d. Valuación: **Nosotros** no seremos responsables de un monto que supere el valor real de un< 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.
- e. 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.

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

1. Los **secuestros exprés** o **secuestros** que ocurran en primer término en Irak, Afganistán, Pakistán, Nigeria, Somalia, Venezuela o cualquier otro país sujeto 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. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

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

SPECIMEN

Anexo del beneficio de responsabilidad personal opcional

Sujeto a los límites establecidos en el programa de beneficios y conforme a las condiciones y restricciones contenidas en la presente póliza, **nosotros** pagaremos los beneficios de responsabilidad personal 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:

Nosotros abonaremos:

Hasta la suma asegurada indicada en el Programa 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

No abonaremos reclamos que surjan directamente o indirectamente de

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 son **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. Cualquier de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Condiciones especiales

1. **Usted o sus** representantes legales **nos** cursarán notificación escrita inmediata si han recibido notificación de alguna acusación o investigación relacionada con alguna 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. 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. 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 elegible 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 respuesta;
 - 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.

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