

## **Atlas para Viajes Descripción de Cobertura**

*Esta Descripción de Cobertura es un resumen de las provisiones contenidas en la Póliza Maestra No. 101920-1. Para una copia completa de la Póliza Maestra, favor de comunicarse con HCC Medical Insurance Services.*

*Esta traducción de la Descripción de Cobertura sirve como una herramienta comunicativa. En caso de alguna anomalía, referirse a la versión en el idioma inglés.*

<b>REQUISITOS DE MEMBRESÍA, FECHA EFECTIVA DEL CERTIFICADO, FECHA DE TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO, PERÍODO DE BENEFICIO Y COBERTURA EN EL PAÍS DE ORIGEN</b>
---

### **REQUISITOS**

Atlas América – Únicamente ciudadanos no estadounidenses de 14 días de edad o mayores tienen derecho a la cobertura bajo este plan. Individuos entre 70 y 79 años de edad en la Fecha Efectiva del Certificado están sujetos al Límite Máximo de \$50,000. Individuos de 80 años de edad y mayores en la Fecha Efectiva del Certificado están sujetos a un Límite Máximo de \$10,000.

Atlas Internacional – Únicamente ciudadanos estadounidenses y ciudadanos no estadounidenses cuyo viaje no incluya los cincuenta (50) Estados de los Estados Unidos, Puerto Rico, o las Islas Vírgenes Estadounidenses, con excepción de aquellos ciudadanos estadounidenses cuyo viaje incluye una Visita Incidental a los Estados Unidos, y que tengan por lo menos 14 días de edad tienen derecho a la cobertura bajo este plan. Individuos entre 70 y 79 años de edad en la Fecha Efectiva del Certificado están sujetos al Límite Máximo de \$50,000. Individuos de 80 años de edad y mayor en la Fecha Efectiva del Certificado están sujetos a un Límite Máximo de \$10,000.

### **FECHA EFECTIVA DEL CERTIFICADO**

El seguro en ésta se pone en vigor en el último de lo siguiente:

- a. el momento en que las Aseguradoras reciban la Solicitud y la prima correcta si la Solicitud y el pago se remiten en línea o por facsímil; o
- b. 12:01am Zona Horaria del Este (EEUU) en la fecha en que las Aseguradoras reciban la Solicitud y la prima correcta si la Solicitud y el pago se remiten por correo postal; o
- c. el momento en que el Miembro salga de su País de Origen; o
- d. 12:01am Zona Horaria del Este (EEUU) en la fecha en que se pida en la Solicitud.

### **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO**

El seguro en ésta se da por terminado en el primero de lo siguiente:

- a. 11:59pm Zona Horaria del Este (EEUU) en el último día del período por el cual se hubo pagado la prima; o
- b. 11:59pm Zona Horaria del Este (EEUU) en la fecha en que se haya pedido en la Solicitud ; o
- c. el momento en que el Miembro llegue de regreso a su País de Origen (a menos que el Miembro haya empezado un Período de Beneficio o tenga derecho a Cobertura en o visitas al País de Origen).

### **PERÍODO DE BENEFICIO**

Mientras el Certificado está en vigor, el Período de Beneficio no se aplica. A la terminación del Certificado, las Aseguradoras pagarán Gastos Médicos Permisibles, tal como definido en ésta, por hasta 180 días siguientes al día en que se recibiera un diagnóstico o tratamiento por alguna Enfermedad o Lesión cubierta que se presente mientras el Miembro se encontrara fuera de su País de Origen y mientras el Certificado estuviera en vigor. El Período de Beneficio se aplica solamente a los Gastos Médicos Permisibles que relacionen a la Lesión o Enfermedad que se originó mientras el Certificado estuvo en vigor.

### **COBERTURA EN EL PAÍS DE ORIGEN**

Período de Beneficio – En el caso de que un Miembro empiece un Período de Beneficio mientras el Certificado está en vigor, y el Certificado termine porque el Miembro regresa a su País de Origen, las Aseguradoras pagarán Gastos Médicos Permisibles, tal como definido en ésta, que se incurren dentro del País de Origen del Miembro

durante el Período de Beneficio. Cobertura en País de Origen se aplica solamente a los Gastos Médicos Permisibles que relacionen a la Lesión o Enfermedad que se originó mientras el Certificado estuvo en vigor.

Cobertura en el País de Origen al Fin de Viaje – En el caso de que un Miembro esté cubierto bajo este seguro y esté fuera de su País de Origen por seis (6) meses consecutivos o más, el Miembro podrá comprar 30 días de cobertura adicional de Cobertura en el País de Origen al Fin de Viaje. Cobertura en el País de Origen se aplica solamente a Gastos Médicos Permisibles.

Visitas Incidentales al País de Origen – Por cada tres (3) meses que un Miembro está cubierto bajo este seguro, únicamente los Gastos Médicos están cubiertos durante visitas incidentales que no suman a más de 15 días de duración por cada período de tres meses de cobertura. Los quince (15) días de visita se deben usar dentro del mismo período de tres meses por el cual se los ganaron, y el Miembro debe reanudar su viaje internacional para que tenga derecho a este beneficio. Regreso al País de Origen no debe ser a propósito de conseguir tratamiento por alguna Enfermedad o Lesión que empezó mientras el Miembro viajaba.

No obstante, cobertura bajo todos los Planes terminará en la fecha en que las Aseguradoras elijan a cancelar, a su propio juicio, todos los Miembros del mismo sexo, edad, clase o ubicación geográfica, siempre que las Aseguradoras provean un aviso en escrito con no menos de 30 días de anticipación por correo postal a la última dirección que se sepa.

## PRIMA

Pago de la Prima requerida se deberá remitir a las Aseguradoras en o antes de la Fecha Efectiva del Certificado del Miembro, fecha de continuación (si se aplica), o fecha de renovación (si se aplica). Se considerará pagada la Prima en la fecha en que las Aseguradoras reciben el instrumento de pago, siempre que tal instrumento se los provea de manera inmediata fondos disponibles.

Se pueden reembolsar las primas después de la Fecha Efectiva del Certificado a lo cual se aplicará las siguientes disposiciones:

- 1) una multa de cancelación de \$25 se aplicará; y
- 2) sólo se reembolsará la porción del costo del plan que no se utilizó; y
- 3) sólo los Miembros que no tengan reclamos pueden solicitar un reembolso de la prima.

## TABLA DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Al menos que se indica específicamente al contrario, todos los beneficios están sujetos al Deducible, Coaseguro, y son por Período Certificado

<b>Beneficio</b>	<b>Límite</b>
Deducibles:	\$0, \$100, \$250, \$500, \$1,000 ó \$2,500 por Período Certificado
Coaseguro – Reclamaciones Incurridas dentro de los EEUU o Canadá	Por Período Certificado, las Aseguradoras pagarán 80% de los siguientes \$5000 de Gastos Médicos Permisibles después del Deducible, entonces 100% hasta la Suma Asegurada. Se eximirá el Coaseguro si los gastos se incurren dentro del OPP y los gastos están presentados a las Aseguradoras para su revisión y el pago se efectúa directamente al prestador.
Coaseguro – Reclamaciones Incurridas fuera de los EEUU o Canadá	Por el Período Certificado, las Aseguradoras pagarán 100% de los Gastos Médicos Permisibles después del Deducible hasta la Suma Asegurada
Habitación y Alimentos en el Hospital	Costo promedio de una habitación semi-privada, incluyendo servicios de enfermería
Ambulancia Local	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados, cuando alguna Enfermedad o Lesión resulte en hospitalización como un Paciente Interno
Unidad de Cuidado Intensivo	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados
Indemnidad Hospitalaria	\$100 por día (no está sujeto al Deducible ni Coaseguro)
Fisioterapia	\$50 Máximo por visita

Los Demás Gastos Médicos Permisibles	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados
Cuadro Agudo de una Condición Preexistente	\$15,000 Máximo de por Vida para Gastos Médicos Permisibles \$25,000 Máximo de por Vida para Evacuación Médica de Emergencia Disponible sólo a Miembros menores de los 70 años
Dental de Emergencia (Cuadro Agudo de Dolor)	\$100 límite por Período Certificado (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Evacuación Médica de Emergencia	\$500,000 Límite Máximo de por Vida, excepto lo provisto bajo Cuadro Agudo de una Condición Preexistente (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Retorno Seguro de Niños Menores	\$5,000 límite por Período Certificado (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Repatriación de Restos Mortales	Suma Asegurada (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Reunión de Emergencia	\$15,000 límite por Período Certificado, sujeto al máximo de 15 días (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Catástrofe Natural	Máximo \$100 por día por 5 días (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Interrupción de Viaje	\$5,000 límite por Período Certificado (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Equipaje Documentado Extraviado	\$250 límite por Período Certificado (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Evacuación Política	\$10,000 Límite Máximo de por Vida (no se aplica el Deducible ni Coaseguro)
Terrorismo	\$50,000 Límite Máximo de por Vida, Sólo Gastos Médicos Permisibles
Muerte y Desmembramiento Accidental (excluye pérdidas debido a Accidente de Transporte Colectivo) Miembros de 18 años de edad y mayores	No se aplica el Deducible ni Coaseguro  Máximo de por Vida - \$25,000 Muerte - \$25,000 Pérdida de 2 Extremidades - \$25,000 Pérdida de 1 Extremidad - \$12,500 Beneficios se reducen 50% al cumplir 70 años de edad y otro 50% al cumplir 75 años de edad.
Miembros menores de 18 años	Máximo de por Vida - \$5,000 Muerte - \$5,000 Pérdida de 2 Extremidades - \$5,000 Pérdida de 1 Extremidad - \$2,500  \$250,000 Beneficio Máximo por familia
Muerte Accidental por Transporte Colectivo Miembros 18 años y mayores Miembros menores de 18 años	No se aplica el Deducible ni Coaseguro \$50,000 por Miembro \$25,000 por Miembro  Sujeto al Máximo de \$250,000 por familia
Reducción en Beneficios por no Precertificar	50% de los Gastos Médicos Permisibles
Cláusula Opcional de Deportes	Suma Asegurada
Límite Máximo por Lesión/Enfermedad	80 años y mayores: \$10,000; 70-79 años: \$50,000; Los demás: \$50,000, \$100,000, \$200,000, \$500,000 ó \$1,000,000
Suma Asegurada por Período Certificado (incluye todos los beneficios excepto Muerte y Desmembramiento Accidental, Evacuación Médica de Emergencia y Muerte Accidental por Transporte Colectivo)	80 años y mayores: \$10,000; 70-79 años: \$50,000; Los demás: \$50,000, \$100,000, \$200,000, \$500,000 ó \$1,000,000

## REQUISITOS DE PRECERTIFICACIÓN

Se deben siempre precertificar los siguientes gastos:

- cuidado a un Paciente Interno
- cualquier Cirugía o Procedimiento Quirúrgico
- cuidado en una Instalación de Cuidado Extendido
- Enfermería domiciliaria
- Equipo Médico Duradero
- Extremidad Prótesis
- Tomografía Computarizada (CAT Scan)
- Imágenes por Resonancia Magnética (MRI)

Para cumplir con los requisitos de Precertificación, el Miembro debe:

1. Avisar al Administrador del Plan al número telefónico contenido en el Certificado del Miembro lo más pronto posible antes de que el gasto se incurra; y
2. Seguir las instrucciones del Administrador del Plan y proporcionar cualquier información o documento que se le pida; y
3. Avisar a todos los Médicos, Hospitales y otros prestadores que este seguro contiene requisitos de precertificación y pedirles que cooperen con el Administrador del Plan.

Si el Miembro cumple con los requisitos de Precertificación, y los gastos están Precertificados, las Aseguradoras pagarán Gastos Médicos Permisibles, sujeto a todos los términos, condiciones, provisiones y exclusiones en ésta. Si el Miembro no cumple con los requisitos de Precertificación o si los gastos no están precertificados:

1. Gastos Médicos Permisibles estarán reducidos el 50%; y
2. El Deducible será aplicado al monto restante; y
3. Se aplicará el Coaseguro.

Precertificación de una emergencia -- En el caso de la internación al Hospital debido a una emergencia, la Precertificación se deberá hacer dentro de 48 horas del momento de la internación, o tan pronto como sea posible.

La Precertificación No Garantiza los Beneficios – El hecho de que se hayan Precertificado los gastos no garantiza ni pago de los beneficios ni el monto de los beneficios. Derechos a y pago de los beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, provisiones y exclusiones en ésta.

Revisión Concurrente – Para cualquier tipo de permanencia como Paciente Interno, el Administrador del Plan Precertificará un cierto período de días de internación. Días adicionales de internación como Paciente Interno pueden ser Precertificados posteriormente si el Miembro recibiera previo aprobación.

## REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN DE PRESTADORES PREFERIDOS (OPP) EN LOS ESTADOS UNIDOS

Ninguna condición contenida en este seguro restringe o interfiere con el derecho del Miembro de elegir el Hospital, Médico u otro prestador de servicios médicos que el Miembro quiera. Ninguna condición contenida en este seguro restringe o interfiere con la relación entre el Miembro y el Hospital, Médico u otro prestador de servicios médicos respecto al tratamiento o cuidado de cualquier condición, ni con el derecho del Miembro de recibir, a responsabilidad financiera suya, servicios y/o suministros que no están cubiertos bajo este seguro.

Para cumplir con los requisitos de la Organización de Prestadores Preferidos en los Estados Unidos, el Miembro debe recibir tratamiento médico de prestadores participantes en la OPP mientras está en los Estados Unidos. Si el Miembro elige acudir a un prestador de la OPP para tratamiento, las Aseguradoras efectuarán el pago de gastos permisibles directamente al prestador y renunciarán el Coaseguro aplicable a los gastos. No obstante, beneficios de Trasplantes estarán pagaderos solamente cuando los gastos se incurran de prestadores de la OPP.

Los Miembros pueden averiguar los Hospitales, Médicos y otros prestadores de servicios médicos que son incluidos en la red de la OPP en el área donde acudirán por tratamiento por revisar una lista disponible al acceder el Internet y visitar el sitio Web de HCC Medical Insurance Services, LLC en: [www.hccmis.com](http://www.hccmis.com).

## PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIONES

Aviso de Reclamación, Declaración y Autorización de Reclamación y Prueba de Reclamación se deben enviar a:

HCC Medical Insurance Services, LLC  
P.O. Box 863  
Indianápolis, Indiana 46206

**Prueba de Reclamación** – Cuando las Aseguradoras reciban el aviso de una reclamación, proporcionarán al Miembro los formularios para presentar la Prueba de Reclamación. Lo siguiente sirve como Prueba de Reclamación:

1. Un formulario de Declaración y Autorización de Reclamación, junto con todos los anexos requeridos; y
2. Facturas desglosadas y originales de los Médicos, Hospitales y otros prestadores médicos; y
3. Comprobantes de pago originales por cualesquier gastos que ya se hayan pagado por o de parte del Miembro.

El Miembro tendrá 60 días a partir de la Fecha de Terminación del Certificado para presentar la Prueba de Reclamación a las Aseguradoras. Siguiendo la recepción de la Prueba de Reclamación, las Aseguradoras podrán, a su propia juicio, pedir y requerir información adicional, incluyendo pero no limitado a los expedientes médicos, necesario para confirmar la veracidad de cualquier reclamación antes de que se emita el pago por la misma.

**Apelar una Reclamación** –

*Límite de Tiempo* – En el caso que las Aseguradoras rechacen todo o parte de una reclamación bajo este seguro, el Miembro tendrá 90 días a partir de la fecha en que se enviara el aviso de rechazo a la última dirección del Miembro que se supiera para presentar una apelación en escrito a las Aseguradoras. La apelación escrita se deberá incluir información suficiente para hacerle referencia a la reclamación en apelación y se deberá precisar el/los motivo(s) de la apelación junto con documentación acreditativas, si aplica.

*Procedimiento de Apelación* – Dentro de 30 días de que las Aseguradoras hayan recibido la apelación, las Aseguradoras revisarán la reclamación. Una respuesta escrita será enviada al Miembro. Dentro de 60 días de que el Miembro haya recibido la respuesta de la apelación, el Miembro podrá comenzar una segunda apelación. Dentro de los 30 días de que las Aseguradoras hayan recibido la segunda apelación, personal médico y/o de reclamaciones que no estuvieron involucrados en la decisión de la reclamación original ni de la apelación inicial revisarán la reclamación. Se hará una decisión final y se enviará una carta al Miembro.

## GASTOS PERMISIBLES

### GASTOS MÉDICOS PERMISIBLES

Sujeto al Deducible, Coaseguro y límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos Incurridos mientras este seguro está en vigor:

1. Cargos hechos por un Hospital por:
  - a. Habitación y alimentos cotidianos y servicio de enfermería que no excedan el costo promedio por una habitación semi-privada; y
  - b. Habitación y alimentos cotidianos y servicio de enfermería en una Unidad de Cuidado Intenso; y
  - c. Uso de la sala quirófano, de tratamiento o de recuperación; y
  - d. Servicios y suministros que sean provistos de costumbre por el Hospital a personas para su uso mientras hospitalizados; y
  - e. Tratamiento de emergencia por alguna Lesión, aún si la internación al Hospital no sea requerido; y
  - f. Tratamiento de emergencia por alguna Enfermedad; sin embargo, cargos propios del uso de la sala de urgencias dentro de los Estados Unidos no estarán cubiertos a menos que el Miembro esté internado al Hospital como Paciente Interno para el tratamiento continuo por la misma Enfermedad.
2. Por Cirugía en una instalación quirófano para Pacientes Externos, incluyendo servicios y suministros.
3. Por cargos hechos por un Médico por honorarios, incluyendo Cirugía. Cargos por un ayudante al cirujano están cubiertos hasta 20% de los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados del cirujano principal, sin embargo disponibilidad de tiempo no será considerado un servicio profesional y por lo consiguiente no está cubierto bajo éste.
4. Por vendajes, suturas, yesos u otros suministros que sean Medicamente Necesarios y administrados por o bajo la supervisión de un Médico, pero se excluyen nebulizadores, tanques de oxígeno, suministros para la diabetes, otros suministros para uso o aplicación en casa, y todos los aparatos o suministros para el uso repetido en casa, con excepción de Equipo Médico Duradero tal como definido en ésta.
5. Por exámenes diagnósticos que emplean servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (exámenes de psicometría, de inteligencia, de comportamiento y educacionales no están incluidos).

6. Por extremidades prostéticas, ojos o laringe, pechos prostéticos o extremidades prostéticas funcionales básicas, pero no por el reemplazo ni la reparación del mismo.
7. Por Cirugía reconstructiva cuando la Cirugía esté relacionada directamente a una Cirugía que está cubierta en ésta.
8. Por terapia o tratamiento con radiación y quimioterapia.
9. Por hemodiálisis y los cargos por el Hospital por procesar y administrar la sangre o componentes de sangre pero no por el costo de la propia sangre o componentes de sangre.
10. Por oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un Médico.
11. Por anestésicas y su administración por un Médico.
12. Por drogas que requieran una receta por un Médico por el tratamiento por alguna Lesión o Enfermedad cubierta, pero no por la reposición de drogas extraviadas, robadas, dañadas, caducadas o con cualquier otra anomalía, y por una cantidad máxima suficiente para 60 días por receta.
13. Por cuidado en una Instalación de Cuidado Extendido licenciada cuando el paciente se hubiera trasladado directamente de un Hospital de cuidado agudo.
14. Cuidado de Enfermería Domiciliaria en cama por un profesional licenciado, afiliado a una Agencia de Cuidado Médico Domiciliario al haberse trasladado directamente de un Hospital de cuidado agudo y sólo en lugar de hospitalización como Paciente Interno cuando sea Médicamente Necesario.
15. Transporte de Emergencia por Ambulancia Local que sea necesario debido a una Lesión o Enfermedad que resulte en hospitalización como Paciente Externo.
16. Tratamiento Dental de Emergencia y Cirugía Dental que sea necesario para restaurar o reponer dientes naturales y sanos que fueron perdidos o dañados en un Accidente cuyos gastos médicos estuvieron cubiertos bajo este seguro.
17. Tratamiento Dental de Emergencia que sea necesario para tratar el Cuadro Agudo de Dolor, siempre que el tratamiento esté obtenido dentro de las 24 horas que sigan el Cuadro Agudo de Dolor.
18. El alquiler de Equipo Médico Durable que sea Médicamente Necesario (consistiendo de una cama estándar de hospital y/o una silla de ruedas estándar) hasta el costo de compra.
19. Fisioterapia si la ordena un Médico no afiliado con el prestador de Fisioterapia, incurrida necesariamente para continuar la recuperación de una Lesión o Enfermedad.

#### **GASTOS PERMISIBLES – EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos originando de una Evacuación Médica de Emergencia:

1. Transporte aéreo de emergencia a un aeropuerto satisfactorio que esté más cercano al Hospital donde el Miembro recibirá tratamiento; y
2. Transporte terrestre de emergencia que sea necesario antes del transporte aéreo de emergencia; y desde el aeropuerto destino al Hospital donde el Miembro recibirá tratamiento.

##### Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro;
- b. Las Aseguradoras proveerán los beneficios de Evacuación Médica de Emergencia sólo cuando la Enfermedad o Lesión que provocó la Evacuación Médica de Emergencia esté cubierta bajo este seguro;
- c. Las Aseguradoras proveerán los beneficios de Evacuación Médica de Emergencia sólo cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:
  - i. Tratamiento, servicios y suministros Médicamente Necesarios no se puedan proveer localmente;
  - ii. Transporte de cualquier otro modo resultaría en la muerte o en la pérdida de una extremidad del Miembro;
  - iii. Se recomienda el Médico tratante, el quien conste lo estipulado arriba;
  - iv. El Miembro o Pariente del Miembro esté de acuerdo; y
  - v. Esté aprobado previamente y coordinado por las Aseguradoras; y
  - vi. La condición que provocó la Evacuación Médica de Emergencia ocurriera espontáneamente y sin previo aviso, o en la forma de recomendación del Médico o de síntomas que provocaría a una persona prudente consiguiera cuidado médico antes del comienzo de la Emergencia.
- d. Las Aseguradoras proveerán Evacuación Médica de Emergencia solamente al Hospital más cercano que esté calificado a proveer el tratamiento, servicios y suministros que sean Médicamente Necesarios para prevenir la muerte o la pérdida de una extremidad del Miembro.
- e. Las Aseguradoras se esforzarán lo mejor que se pueda para coordinar la Evacuación Médica de Emergencia lo más pronto que sea posible. El Miembro entiende que una Evacuación Médica de Emergencia oportuna puede ser afectado debido a circunstancias que estén ajenas a su voluntad de las Aseguradoras tales como: la disponibilidad de equipo de transportación y personal, demoras o restricciones de vuelos debido a problemas mecánicos, autoridades gubernamentales, problemas de telecomunicación, clima y otras fuerzas mayores. El Miembro acuerda que sostendrá la inocencia de Aseguradores y que no les hará a las Aseguradoras responsable por demoras que no fueran dentro de su directo e inmediato control.

No obstante los incisos c. i.-iii. y d., y solo para los Miembros visitando a los Estados Unidos, las Aseguradoras pagarán los gastos necesarios para trasladar al Miembro de vuelta a su País de Origen si el Médico tratante y el consultante médico de las Aseguradoras concurren que tal traslado al País de Origen sea más apropiado que trasladar al Miembro al Hospital más cercano que sea calificado a proveer tratamiento.

#### **GASTOS PERMISIBLES – RETORNO SEGURO DE NIÑOS MENORES**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos:

Si el Miembro es la única persona de 18 años o mayor, viajando con uno o más niños menores de 18 años que también están cubiertos bajo este seguro, y el Miembro está hospitalizado debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que resulte en el aislamiento de los niños por un período de tiempo que se espere durar más de 36 horas, las Aseguradoras pagarán:

1. El costo de un boleto sencillo económico de transporte aéreo y/o terrestre para cada niño cubierto a la terminal que sirva el área de su respectiva Residencia Principal.

##### Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro hospitalizado de 18 años o mayor debe cumplir con todas las condiciones y provisiones del seguro; y
- b. El beneficio de Retorno Seguro de Niños Menores se debe acordar por el Miembro de 18 años o mayor y/o por un Pariente adulto autorizado de los niños afectados y cubiertos; y
- c. El beneficio de Retorno Seguro de Niños Menores debe estar aprobado previamente y coordinado por las Aseguradoras; y
- d. Las Aseguradoras se esforzarán lo mejor que se pueda para coordinar el Retorno Seguro de Niños Menores lo más pronto que sea posible. El Miembro entiende que el Retorno Seguro de Niños Menores oportuna puede ser afectado debido a circunstancias que estén ajenas a su voluntad de las Aseguradoras tales como: la disponibilidad de equipo de transportación y personal, demoras o restricciones de vuelos debido a problemas mecánicos, autoridades gubernamentales, problemas de telecomunicación, clima y otras fuerzas mayores. El Miembro acuerda que sostendrá la inocencia de Aseguradores y que no les hará a las Aseguradoras responsable por demoras que no fueran dentro de su directo e inmediato control.

#### **GASTOS PERMISIBLES – REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos de Repatriación de Restos Mortales originando de la muerte de un Miembro:

1. Transporte aéreo o terrestre de los restos mortales o cenizas al aeropuerto o terminal de transporte terrestre más cercano al Residencia Principal del Miembro fallecido; y
2. Costos razonables de la preparación de los restos mortales necesaria para su transporte.

##### Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. Repatriación de Restos Mortales debe estar aprobado previamente y coordinado por las Aseguradoras; y
- c. Las Aseguradoras proveerán beneficios de Repatriación de Restos Mortales sólo cuando la muerte del Miembro ocurra debido a una Lesión o Enfermedad que esté cubierta bajo este seguro; y
- d. Las Aseguradoras proveerán beneficios de Repatriación de Restos Mortales sólo cuando la Muerte de un Miembro ocurra mientras este seguro esté en vigor; y
- e. Las Aseguradoras se esforzarán lo mejor que se pueda para coordinar la Repatriación de Restos Mortales lo más pronto que sea posible. El Miembro entiende que la Repatriación de Restos Mortales oportuna puede ser afectado debido a circunstancias que estén ajenas a su voluntad de las Aseguradoras tales como: la disponibilidad de equipo de transportación y personal, demoras o restricciones de vuelos debido a problemas mecánicos, autoridades gubernamentales, problemas de telecomunicación, clima y otras fuerzas mayores. El Miembro acuerda que sostendrá la inocencia de Aseguradores y que no les hará a las Aseguradoras responsable por demoras que no fueran dentro de su directo e inmediato control.

#### **GASTOS PERMISIBLES – REUNIÓN DE EMERGENCIA**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos de Reunión de Emergencia que sigan una Evacuación Médica de Emergencia cubierta bajo este seguro:

1. El costo de un boleto de ida y vuelta en clase económica para el transporte aéreo y/o terrestre de un Pariente del Miembro a la terminal que da servicio al área donde el Miembro se encuentre hospitalizado después de una Evacuación Médica de Emergencia; y

2. Gastos razonables de alojamiento y alimentos para el Pariente, los cuales son Incurridos en el área donde el Miembro se encuentre hospitalizado por un período que no exceda los 15 días.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. Reunión de Emergencia debe estar aprobado previamente y coordinado por las Aseguradoras; y
- c. Las Aseguradoras proveerán beneficios de Reunión de Emergencia sólo después de una Evacuación Médica de Emergencia del Miembro que esté cubierta en ésta.

### **GASTOS PERMISIBLES – CATÁSTROFE NATURAL**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos de Catástrofe Natural:

1. En el evento de que un Miembro esté Desalojado del hospedaje que fue planeado y pagado debido al desalojamiento por un catástrofe pronosticado o siguiendo un catástrofe espontáneo.

Condiciones y Restricciones:

- a. Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. Las Aseguradoras proveerán el beneficio de Catástrofe Natural sólo después de haber recibido el comprobante de pago por el alojamiento de donde el Miembro fue Desalojado.

### **GASTOS PERMISIBLES – EVACUACIÓN POLÍTICA**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos de Evacuación Política cuando el gobierno de los Estados Unidos haga público una advertencia de peligro al viajero después de la llegada del Miembro al país destino:

1. El costo del transporte del modo más económico para el Miembro al país seguro más cercano o al País de Origen del Miembro, siempre que el Miembro se comuniqué con las Aseguradoras dentro de 10 días del día en que se hizo público el aviso y está sujeto a las siguientes Condiciones y Restricciones:
  - a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
  - b. El Miembro debiera haber llegado al país destino cuando el gobierno de los Estados Unidos hiciera público la advertencia de peligro al viajero contra aquel país; y
  - c. La determinación del país al cual se alojará el Miembro estará decidido por las Aseguradoras; y
  - d. Los beneficios de Evacuación Política debe estar aprobado y coordinado previamente por las Aseguradoras; y
  - e. Las Aseguradoras se esforzarán lo mejor que se pueda para coordinar la Evacuación Política lo más pronto que sea posible. El Miembro entiende que una Evacuación Política oportuna puede ser afectado debido a circunstancias que estén ajenas a su voluntad de las Aseguradoras tales como: la disponibilidad de equipo de transportación y personal, demoras o restricciones de vuelos debido a problemas mecánicos, autoridades gubernamentales, problemas de telecomunicación, clima y otras fuerzas mayores. El Miembro acuerda que sostendrá la inocencia de Aseguradores y que no les hará a las Aseguradoras responsable por demoras que no fueran dentro de su directo e inmediato control.

### **GASTOS PERMISIBLES – INTERRUPCIÓN DE VIAJE**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes beneficios de Interrupción de Viaje:

1. El costo de un boleto sencillo económico de transporte aéreo y/o terrestre para el viaje del Miembro a la terminal que da servicio al área de su Residencia Principal, sujeto a las siguientes Condiciones y Restricciones:
  - a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
  - b. Beneficios de Interrupción de Viaje deben estar aprobados previamente y coordinados por las Aseguradoras; y
  - c. Las Aseguradoras proveerán beneficios de Interrupción de Viaje sólo después de haber recibido prueba de uno o más de los siguientes eventos: Destrozo, después de la salida del País de Origen, que derive de incendio o evento climático de más de 40% de la Residencia Principal del Miembro, o la muerte de un padre/madre, cónyuge, hermano/a o hijo.
2. El costo de un boleto sencillo económico de transporte aéreo y/o terrestre solamente para el viaje del Miembro desde el área en la cual estaba hospitalizado siguiendo la Evacuación Médica de Emergencia hasta el área de donde estuvo evacuado o a la terminal que sirve el área de su Residencia Principal, sujeto a las siguientes Condiciones y Restricciones:
  - a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y



- b. Beneficios de Interrupción de Viaje deben estar aprobados previamente y coordinados por las Aseguradoras; y
- c. Las Aseguradoras proveerán beneficios de Interrupción de Viaje sólo después de una Evacuación Médica de Emergencia cubierta cuando el Médico tratante conste que es Medicamento Necesario que el Miembro regrese a su País de Origen o al área de donde estuvo evacuado para que siga tratamiento y recuperación.

#### **GASTOS PERMISIBLES – EQUIPAJE DOCUMENTADO EXTRAVIADO**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos de Equipaje Documentado Extraviado:

1. Reemplazo de ropa y artículos de higiene, que no exceda \$50 por un solo artículo.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. El Equipaje Documentado Extraviado debió haber sido documentado, conforme al procedimiento rutinario de documentación del equipaje, para el transporte con el Miembro, a bordo de una aerolínea o crucero que tuviera programación regular de servicio, en el cual el Miembro estuviera un pasajero pagado; y
- c. El Miembro debe presentar una reclamación de equipaje extraviado con la compañía de transporte, y seguir todas las instrucciones y hacer todo lo posible como dirigido por la compañía de transporte para localizar y recuperar el Equipaje Documentado Extraviado; y
- d. El Miembro debe remitir a las Aseguradoras copias de todos los documentos relacionados a la reclamación que se presentó a la compañía de transporte, y una declaración en escrito por la compañía de transporte que confirma el equipaje fue documentado y después de una búsqueda detallada, el equipaje queda extraviado; y
- e. El Equipaje Documentado Extraviado deba estar extraviado en la fecha de pago por las Aseguradoras y desde esa fecha debiere haber sido extraviado por lo menos 10 días.

#### **GASTOS PERMISIBLES -- MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán el siguiente beneficio de Muerte Accidental y Desmembramiento:

1. Muerte Accidental – Las Aseguradoras pagarán la Suma Principal de \$25,000 por Miembros de 18 años y mayores, o la Suma Principal de \$5,000 por Miembros menores de 18 años, al Beneficiario. La Suma Principal se reducirá el 50% (a \$12,500) por Miembros de 70 a 74 años de edad al momento de la Muerte Accidental, y un 50% adicional (a \$6,250) por Miembros de 75 años y mayores en el momento de la Muerte Accidental.
2. Desmembramiento Accidental –
  - a. Pérdida de 2 ó más Extremidades u ojos – Las Aseguradoras pagarán la Suma Principal, tal como se estipula en el inciso 1 de esta sección, al Miembro.
  - b. Pérdida de una Extremidad u ojo – Las Aseguradoras pagarán la mitad de la Suma Principal, tal como estipula en el inciso 1 de esta sección, al Miembro.
  - c. La(s) Suma(s) Principal(es) se reducirá(n) el 50% por Miembros de 70 a 74 años de edad en el momento del Desmembramiento Accidental, y un 50% adicional por Miembros de 75 años y mayores en el momento del Desmembramiento Accidental.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. El Accidente que resulte en la Muerte o Desmembramiento Accidental debe estar cubierto bajo este seguro; y
- c. El Accidente que resulte en la Muerte Accidental no debe ser por un accidente por Transporte Colectivo Comercial; y
- d. En ningún caso será que un pago bajo este beneficio efectuado por las Aseguradoras sume más de la Suma Principal.

#### **GASTOS PERMISIBLES -- MUERTE ACCIDENTAL POR TRANSPORTE COLECTIVO**

Sujeto a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán el siguiente beneficio de Muerte Accidental por Transporte Colectivo:

1. Las Aseguradoras pagarán la Suma Principal de \$50,000 por Miembros de 18 años y mayores, o la Suma Principal de \$25,000 por Miembros menores de 18 años, al Beneficiario.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. El Accidente que resulte en la Muerte Accidental debe ocurrir mientras el Miembro sea un pasajero pagado, a bordo de una aerolínea o crucero que tenga programación regular de servicio; y
- c. El beneficio máximo es de \$250,000 por familia.

## **GASTOS PERMISIBLES – INDEMNIDAD HOSPITALARIA**

Sujetos a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujeto a las Condiciones y Restricciones contenidas en esta provisión, las Aseguradoras pagarán los siguientes gastos de Indemnidad Hospitalaria:

1. \$100 por cada noche que el Miembro permanezca en el Hospital.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe cumplir con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. El Miembro debe estar hospitalizado como Paciente Interno para el tratamiento por alguna Lesión o Enfermedad cubierta bajo este seguro; y
- c. Las Aseguradoras proveerán los beneficios de Indemnidad Hospitalaria sólo después de que se hayan recibido verificación de la hospitalización permisible como Paciente Interno.

## **EXCLUSIÓN DE GUERRA, TERRORISMO, BIOLÓGICO, QUÍMICO, NUCLEAR**

Sin perjuicio de cualquier provisión de lo contrario contenido en este seguro o cualquier aprobación o cláusula anexo a ésta, está acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier tipo directa o indirectamente causado por, resultando de o relacionado a cualquiera de lo siguiente sin importar cualquier otra causa o evento que contribuye simultáneamente o en cualquier otra secuencia a la pérdida, daño, costo o gasto:

1. guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, atentados u operaciones similar a la guerra (si se ha declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, manifestación que asuma la gravedad de o igualándose a la sedición, poder militar o usurpado; y
2. el uso de cualquier agente, aparato o arma biológica, química, radioactiva o nuclear; sin embargo, esta exclusión no se aplicará al caso de que el Miembro esté expuesto a material radioactivo nuclear y/o radioactivo con el propósito de tratamiento médico;
3. cualquier Acto de Terrorismo, con excepción de lo siguiente:

Las Aseguradoras pagarán Gastos Médicos Permisibles para el tratamiento por Lesiones y Enfermedades que resulten de un Acto de Terrorismo, hasta el límite estipulado en la Tabla de Beneficios y Límites, siempre que todas las siguientes condiciones se cumplan:

- a. La Lesión o Enfermedad no resulte del uso de ningún agente, material, aparato o arma biológica, química, radioactiva o nuclear; y
- b. El Miembro no participe directa ni indirectamente en el Acto de Terrorismo; y
- c. El Acto de Terrorismo no ocurra en un país o lugar en el que el gobierno de los Estados Unidos ha hecho pública una advertencia de peligro al viajero que haya sido efectiva dentro de los 6 meses previos a la fecha de llegada del Miembro; y
- d. El Miembro haya hecho todo lo posible para abandonar y no se haya rehusado a abandonar un país o lugar a partir de la fecha en que el gobierno de los Estados Unidos ha hecho pública una advertencia de peligro al viajero.

En caso de este seguro, un “Acto de Terrorismo” significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de lo mismo, de cualquier persona o grupo(s) de personas por su propia voluntad, o por la voluntad de o conexión con cualquier organización o gobierno, que se comete por motivos políticos, religiosos, ideológicos, o motivos similares incluyendo la intención de influir cualquier gobierno y/o provocar el miedo al público o a cualquier parte del público.

Este seguro también excluye cobertura por pérdida, daño, costo o gasto de cualquier tipo directa o indirectamente causado por, resultando de o en relación a cualquier acción para controlar, prevenir, oprimir o en relación de cualquier manera a (1), (2) ó (3) arriba.

Si las Aseguradoras consideran que por parte de esta exclusión, cualquier pérdida, daño, costo o gasto no esté cubierto por este seguro, el Miembro será responsable de comprobar lo contrario.

En el caso de que cualquier parte de esta exclusión se halle inválida o inaplicable, las demás quedarán aplicables y en vigor.

## OTRAS EXCLUSIONES

Cargos por los siguientes tratamientos y/o servicios y/o suministros y/o condiciones están excluidos de la cobertura bajo este seguro:

1. Condiciones Preexistentes – Cargos que resulten de cualquier Condición Preexistente directa o indirectamente están excluidos de este seguro, con excepción de cargos que resulten directamente de un Cuadro Agudo de una Condición Preexistente, como definido en ésta, están cubiertos sujetos a los límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites.
2. Cuidado prenatal rutinario, Embarazo, parto, y cuidado postnatal.
3. Parto falso, edema, parto prolongado, reposo prescrito durante el período de Embarazo, enfermedad matutina y condiciones de gravedad similar que están relacionados a un Embarazo difícil, sin embargo que no se clasifica como la condición distinta Complicación del Embarazo como definido en ésta, y todos los cargos relacionados al Embarazo después de la vigésimo sexta semana del Embarazo.
4. Cargos Incurridos por niños menores de 14 días de edad.
5. Tratamiento por o relacionado a cualquier condición congénita.
6. Cargos del tratamiento por Trastornos Mentales, como definido en ésta.
7. Cargos que no sean Incurridos, según su definición en éste, por el Miembro durante su Período de Certificado.
8. Cargos del tratamiento de cualquier condición, o cualesquier condiciones, cuando el propósito de salir del País de Origen fue para recibir tratamiento en el (los) país(es) destino(s)
9. Cargos de cualquier beneficio contenido en ésta que no se presenten a las Aseguradoras por pago dentro de 60 días a partir del último día del Período Certificado.
10. Tratamiento, servicios o suministros que no sean administrados por o bajo la supervisión de un Médico.
11. Tratamiento, servicios o suministros que no sean Médicamente Necesarios como definido en ésta.
12. Tratamiento, servicios o suministros provistos al Miembro sin costo.
13. Cargos que excedan lo Usual, Razonable y Acostumbrado como definido aquí
14. Consultas telefónicas o multas por faltar una cita programada.
15. Cirugías, tratamientos, servicios o suministros con el Fin de Investigación o Experimento.
16. Todos los cargos Incurridos mientras limitado primariamente a recibir Cuidado Bajo Custodia, Cuidado Educacional o Rehabilitación.
17. La modificación del peso o tratamiento quirúrgico para la obesidad, incluyendo pero sin limitarse al amarrarse la boca y todas las formas de Cirugía de derivación intestinal.
18. Modificaciones del cuerpo con fines de mejorar el bienestar psicológico o la salud mental o emocional del Miembro, incluyendo pero sin limitarse a la Cirugía transexual.
19. Cirugías, tratamientos, servicios o suministros por motivos cosméticos o estéticos, con excepción de Cirugía reconstructiva cuando tal Cirugía está relacionada directamente a y sigue una Cirugía que estuvo cubierto por este seguro.
20. Tratamiento de Miembros que sean VIH+, tengan SIDA o CRS.
21. Cualquier droga, tratamiento o procedimiento que promueva o prevenga la concepción incluyendo pero no limitado a: Inseminación artificial, tratamiento por infertilidad o disfunción eréctil, esterilización o el reverso de esterilización.
22. Cualquier droga, tratamiento o procedimiento que promueva, mejore o corrija impotencia o disfunción sexual.
23. Abortos, con excepción de aquéllos relacionados a Complicaciones del Embarazo cubiertas.
24. Tratamiento Dental, con excepción de Tratamiento Dental que sea necesario para restaurar o reemplazar dientes naturales y sanos que fueran perdidos o dañados en un Accidente cubierto bajo este seguro o por alivio de emergencia de un Cuadro Agudo de dolor.
25. Anteojos, lentes de contacto, instrumentos auditivos, implantes auditivos, refracción del ojo, terapia visual, y cualquier examen o ajuste relacionado a aquellos instrumentos, y todas las exámenes y pruebas de la vista y el oído.
26. Cirugía ocular, como el queratotomía radial, cuando el motivo es para corregir miopía, hipermetropía o astigmatismo.
27. Tratamiento de la articulación temporomandibular.
28. Lesión que resulte al participar en las siguientes actividades:
  - a. Atléticas Amateurs, Deportes de Contacto, o deportes profesionales o actividades atléticas. Deportes amateurs o actividades atléticas que no son de contacto y no son organizados/sancionados en los cuales se participen por el Miembro exclusivamente por placer, recreación, diversión o a propósito de mantenimiento físico no están excluidos a menos que tales deportes o actividades atléticas estén excluidas por (b) a (j) de esta provisión; y

- b. alpinismo donde una persona razonablemente prudente usaría cuerdas o guías o a una altura de 4,500 metros o más; y
  - c. aviación, (excepto cuando viaja solamente como pasajero en un nave comercial); y
  - d. vuelo con ala delta, caída libre, paracaidismo, bungee; y
  - e. el esquí o monopatín sobre nieve, excepto cuando se hace por recreación (no hay cobertura mientras esquíe fuera del área determinado por la instalación y/o en un área que la escuela de esquí o cuerpo autoritativo lo haya declarado no seguro); y
  - f. carrera de cualquier animal o automóvil; y
  - g. espeleología; y
  - h. actividades subacuáticas que involucren un aparato para la respiración por debajo del agua a menos que estén certificadas por el NAUI/PADI, y acompañado por un instructor certificado, y a una profundidad no mayor de 10 metros; y
  - i. motociclismo acuático; y
  - j. cualquier otro deporte o actividad que se practique a propósito de sentirse la emoción y le sujete a un riesgo anormal de lesionarse.
29. Lesión sostenida mientras esté bajo la influencia de o debido completamente o en parte a los efectos de alcohol o drogas, excepto medicamentos que se administren bajo un curso de tratamiento recetado por un Médico que no sean medicamentos para el tratamiento por el Abuso de Sustancias.
  30. Lesión o Enfermedad auto inflingida voluntariamente.
  31. Enfermedades venéreas, incluyendo todas las enfermedades y condiciones transmitidas sexualmente.
  32. Inmunizaciones y Exámenes Físicos Rutinarios.
  33. Tratamiento quiropráctico.
  34. Cargos que resulten de o que se incurran mientras el Miembro está cometiendo un delito, incluyendo sin limitación, el hacer una actividad o acto ilegal, pero excluyendo infracciones menores de tránsito.
  35. Tratamiento por Abuso de Sustancias.
  36. Terapia del lenguaje, profesional, ocupacional, biofeedback, acupuntura, de recreación, del sueño o de música, cuidado holístico de cualquier tipo, masaje y cinesiterapia.
  37. Cualesquier servicios, suministros, o tratamiento brindados o provistos por un Pariente del Miembro o cualquier familiar del Miembro o cualquier persona que normalmente vive con el Miembro.
  38. Ortóptica y entrenamiento visual del ojo.
  39. Servicios, suministros, o tratamiento que no se consideren Gastos Permisibles tal como descrito en ésta.
  40. Los siguientes cuidados, tratamientos o suministros por los pies: zapatos ortopédicos, dispositivos ortopédicos recetados que se adjuntan a o se ponen dentro de los zapatos, tratamiento por pies débiles, esforzados, planos, inestables, desequilibrados, o metatarsalgia, bunios, callos o uñas.
  41. Servicios, suministros, o tratamiento por la caída de cabello incluyendo por pelucas, trasplantes de cabello o cualquier droga que prometa el crecimiento del cabello, si recetado por un Médico o no.
  42. Tratamiento por trastornos del sueño.
  43. Programas de ejercicio, si recetados o recomendados por un Médico o no.
  44. Tratamiento que se requiera debido a complicaciones o consecuencias de un tratamiento o condición que no está cubierto por este seguro.
  45. Cargos por viajes o alojamiento, con excepción de lo provisto bajo las siguientes secciones de este seguro: Ambulancia Local, Evacuación Médica de Emergencia y Evacuación Política, Repatriación de Restos Mortales, Reunión de Emergencia, Catástrofe Natural, y Interrupción de Viaje.
  46. Tratamiento incurrido por haber estado expuesto a radiación nuclear y/o material(es) radioactiva(s) que no fueran de clase médica.
  47. Trasplantes de Órgano o tejido o servicios relacionados.
  48. Tratamiento por acné, otro acné, lunares, añadiduras de piel, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quistes sebáceos, enfermedad inespecífica de las glándulas sebáceas, condiciones hipertrófica y atrófica de la piel, nevus.
  49. Tratamiento de todo tipo de cáncer/neoplasma

## DEFINICIONES

**Abuso de Sustancias:** Abuso, uso excesivo o dependencia del alcohol, una droga o un químico.

**Accidente:** Una ocurrencia repentina, involuntaria y inesperada causada por un medio externo y visible que resulta en una Lesión física del Miembro.

**Administrador del Plan:** HCC Medical Insurance Services, LLC, 251 North Illinois Street, Suite 600, Indianápolis, Indiana 46204, Teléfono (317) 262-2132, Fax (317) 262-2140.

**Agencia de Cuidado Médico Domiciliario:** Una agencia pública o privada o uno de sus sucursales que opera conforme a la ley y por lo regular provee Cuidado Domiciliario de Enfermería bajo la supervisión de una Enfermera Registrada, y mantiene un registro diario de cada paciente, y provee cada paciente con un programa de observación y tratamiento que fuera planeado por un Médico.

**Asegurado:** El Atlas/International Citizen Group Insurance Trust, Hamilton, Bermuda.

**Atleticas Amateurs:** Un deporte u otra actividad atlética que está organizada y/o sancionada, y que incluye prácticas programadas y/o partidos programados. Esta definición no incluye aquellas actividades atléticas que son de no contacto y realizadas por el Miembro exclusivamente por placer, recreación, diversión o a propósito de mantenimiento físico y que no sean por pago, premio ni utilidad económica.

**Beneficiario:** El individuo indicado en la Solicitud del Miembro quien recibirá cualquier beneficio de Muerte Accidental o Muerte Accidental por Transporte Colectivo. Para Miembros que no hayan designado un Beneficiario en la Solicitud, el Beneficiario se determinará de la siguiente manera:

Miembros de 18 años y mayores: 1. Cónyuge (si existe), 2. Hijos (si existe) equitativamente, 3. Patrimonio del Miembro.

Miembros menores de 18 años: 1. Padre/Madre custodio/a (si existe), 2. Hermano(s) (si existe[n]) equitativamente, 3. Patrimonio del Miembro.

**Catástrofe Natural:** Cualquier evento o fuerza mayor causado por factores ambientales que tiene consecuencias catastróficas. Catástrofes Naturales cubiertos son: avalancha, sismo, inundación, huracán, evento de impacto, desprendimiento de tierra, alud de lodo, tornado, tsunami, ciclón tropical, tifón, erupción volcánica, y fuego arrasador.

**Certificado:** El documento emitido al Miembro que sirve como evidencia de los beneficios pagables bajo la Póliza Maestra.

**Cirugía o Procedimiento Quirúrgico:** Un procedimiento invasivo para el diagnóstico o tratamiento por alguna Enfermedad o Lesión por operaciones manuales o de instrumentos hechas por un Médico mientras el paciente esté bajo anestesia general o local.

**Coaseguro:** El pago por el Miembro de los Gastos Permisibles determinado por el porcentaje estipulado en la Tabla de Beneficios y Límites.

**Complicaciones del Embarazo:** Enfermedades cuyos diagnósticos son distintos al Embarazo, pero están afectadas seriamente por el Embarazo o causadas por el Embarazo y no están asociadas con un Embarazo normal. Se incluyen: embarazo ectópico, aborto espontáneo, hiperemesis gravídica, ectopic Pregnancy, pre-eclampsia, eclampsia, aborto retenido y condiciones semejantes. Complicaciones del Embarazo no incluyen: parto falso, edema, parto prolongado, reposo prescrito durante el período de Embarazo, enfermedad matutina y condiciones de gravedad similar que están relacionados a un Embarazo difícil, y no constituye una condición médica distinta.

**Condición Preexistente:** Cualquier (1) condición para la cual se recibió o se lo recomendó durante los 2 años inmediatamente previos a la Fecha Efectiva del Certificado consejo médico, diagnóstico, cuidado médico, o tratamiento (incluye el recibir servicios o suministros, consultas, pruebas diagnósticas o medicamentos prescritos); (2) condición que se había manifestado dentro de los 2 años inmediatamente previos a la Fecha Efectiva del Certificado y qué habría causado que una persona razonablemente prudente buscara consejo médico, diagnóstico, cuidado médico, o tratamiento (incluye el recibir servicios o suministros, consultas, pruebas diagnósticas o medicamentos prescritos); (3) lesión, padecimiento, mal, enfermedad, u otra condición, trastorno, o incapacidad física, médica, mental, o nerviosa (o conocido o desconocido) que, de manera razonable, se cree médicamente cierto que existió en el momento de solicitud de este seguro o dentro de los 2 años inmediatamente previos a la Fecha Efectiva del Certificado. Cabe mencionar, acerca de la cobertura de Complicaciones del Embarazo ofrecida bajo ésta, el Embarazo no se incluye dentro de la definición de una Condición Preexistente.

**CRS:** Complejo Relacionado al SIDA como este término (ARC en ingles) se define por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

**Cuadro Agudo de una Condición Preexistente:** Un brote o recurrencia repentina e inesperada de una Condición Preexistente el cual ocurre de manera espontánea y sin previo aviso o por la recomendación del Médico o por síntomas. Tratamiento deberá ser obtenido dentro de 24 horas del momento que se presentara el brote o recurrencia repentina o inesperada.

**Cuadro Agudo de Dolor (Dental de Emergencia):** Una ocurrencia repentina e inesperada de dolor que ocurre espontáneamente y sin previo aviso, o en la forma de una recomendación de Médico o Dentista o de síntomas, incluyendo el dolor, el cual hubiera causado que una persona prudente busque atención médica o dental antes del cuadro de dolor. Tratamiento debe ser obtenido dentro de las 24 horas a partir de la ocurrencia repentina e inesperada de dolor.

**Cuidado Bajo Custodia:** Aquel tipo de cuidado o servicio, dondequiera que se provea y con el nombre que sea, que está diseñado para atender al Miembro en la realización de las actividades fundamentales cotidianas. Cuidado Bajo Custodia también incluye el cuidado no agudo para aquellos pacientes que sufran del estado en coma, semi-coma, parálisis o discapacidad de funciones mentales.

**Cuidado Domiciliario de Enfermería:** Servicios provistos por una Agencia de Cuidado Médico Domiciliario y bajo la supervisión de una Enfermera Registrada, que se enfocan en el cuidado personal de un paciente, siempre que tal cuidado está provisto en lugar de hospitalización como Paciente Interno Médicamente Necesario.

**Cuidado Educativo o de Rehabilitación:** Cuidado para la recuperación (por educación o entrenamiento) de la habilidad de funcionar de una persona para que pueda realizar sus deberes de una manera normal o casi normal después de una Enfermedad o Lesión. Este tipo de cuidado incluye, pero no limitado a, terapia vocacional u ocupacional y terapia del habla.

**Declaración:** La Declaración está adjuntada a y llega a ser parte de la Póliza Maestra.

**Deducible:** El monto en dólares estadounidenses, especificado en la Tabla de Beneficios y Límites, que el Miembro debe pagar por Período Certificado.

**Deportes de Contacto:** Algún deporte u otra actividad atlética que dentro del juego normal involucra necesariamente el contacto con jugadores oponentes. Deportes de Contacto incluyen pero no son limitados al fútbol americano, el boxeo, el jockey, el rugby, el fútbol, y la lucha libre.

**Desalojado:** Obligado salir de un destino debido al desalojamiento mandado por las autoridades en poder.

**Desmembramiento Accidental:** Una ocurrencia repentina, involuntaria y inesperada causada por un medio externo y visible que resulta en la desprendimiento del cuerpo de una o más Extremidades u ojos. Para el beneficio de Muerte y Desmembramiento Accidental provisto por este seguro, el término "Extremidad" significa: el brazo cuando el desprendimiento esté en la altura de la muñeca o arriba (hacia el codo), o la pierna cuando el desprendimiento esté a la altura del tobillo o arriba (hacia la rodilla). Pérdida de ojo(s) significa: la pérdida completa, permanente, e irrevocable de la vista.

**EEUU:** Los Estados Unidos de América incluyendo todos sus estados, distritos, territorios y posesiones.

**Embarazo:** La condición física de estar embarazado.

**Emergencia:** Una condición médica que se manifiesta por síntomas o señales que podría resultar en la pérdida de la vida o extremidad del Miembro si no recibe atención médica dentro de 24 horas.

**Enfermedad:** Un malestar, trastorno, patología, anomalía, padecimiento, anormalidad, enfermedad o cualquier otra condición médica, física o de salud. Para este seguro, Enfermedad incluye Complicaciones del Embarazo durante las primeras 26 semanas del Embarazo. Enfermedad no incluye el impedimento en el aprendizaje, trastornos de comportamiento ni problemas disciplinarios.

**Enfermera Registrada:** Una enfermera graduada quien se ha registrado o autorizado a ejercer la profesión de la Enfermería por el Consejo Estatal de la Enfermería u otra autoridad estatal, y quien está autorizado a añadir legalmente las letras "RN" al final de su nombre.

**Equipo Médico Duradero:** Una cama hospitalaria estándar y/o una silla de ruedas estándar.

**Examen Físico Rutinario:** Un examen del cuerpo por un Médico que es sólo a propósito de prevención e información, y no es a propósito de diagnóstico ni tratamiento por ninguna condición.

**Fin de Investigación o Experimento:** Términos que se usan para describir procedimientos, servicios o suministros que sean naturales o fabricados, o estén usados o aplicados, de una manera que desvíe de los estándares aceptados generalmente por el ejercicio de la medicina actual.

**Hospital:** Una institución que opera como un hospital conforme a la ley, y autorizado por el Estado o País donde opera; y opera primariamente por la recepción, cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas como Pacientes Internos; y provee los 24 horas del día el servicio de enfermería por Enfermeras Registradas de guardia; y tiene personal que consiste de uno o más Médicos disponible(s) en todo momento; y tiene instalaciones organizadas y equipadas para el diagnóstico de y el tratamiento por condiciones médicas agudas dentro de su edificio; y no es una instalación de cuidado a largo plazo, Instalación de Cuidado Extendido, enfermería, reposo, Cuidado Bajo Custodia o clínica de reposo, un lugar para adultos mayores, drogadictos, alcohólicos o prófugos; o establecimiento similar.

**Incurrido:** Un cargo está incurrido en la fecha en que se provee el servicio o se compra el suministro.

**Instalación de Cuidado Extendido:** Una institución, o una parte distinta de una institución, que por el estado está autorizada para operar como Hospital, Instalación de Cuidado Extendido o instalación de rehabilitación; y que por lo regular provee el cuidado especializado de enfermería las 24 horas del día bajo la supervisión de un Médico y bajo la supervisión directa de una Enfermera Registrada; y mantiene un registro diario de cada paciente; y provee cada paciente con un programa de observación planeado y mandado por un Médico; y provee cada paciente con tratamiento activo por alguna Enfermedad o Lesión. Instalación de Cuidado Extendido no incluye instalaciones que sean primariamente por reposo, adultos mayores, tratamiento por el Abuso de Sustancias, Cuidado Bajo Custodia, cuidado de enfermería o por el cuidado de Trastornos Mentales ni de los pacientes con discapacidades mentales.

**Lesión:** Una Lesión física debido a un Accidente.

**Medicamento Necesario:** Un servicio o suministro que es necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento por alguna Enfermedad o Lesión que sea congruente a los estándares actuales del ejercicio de la medicina aceptados generalmente como considerado por las Aseguradoras. Un servicio o suministro no se considerará Medicamento Necesario si está provisto solamente como una conveniencia o ventaja al Miembro o prestador, y/o no es apropiado para el diagnóstico o síntomas del Miembro, y/o excede en nivel, duración o intensidad el grado de cuidado que se requiere para proveer diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado de una Enfermedad o Lesión.

**Médico:** Un doctor de Medicina (MD), doctor de Cirugía Dental (DDS), doctor de Medicina Dental (DDM) o Terapeuta Físico licenciado de Fisioterapia. Médico no incluye un doctor de Quiropráctica (DC), doctor de Osteopatía (DO), un

doctor de Psicología (Ph.D), un doctor de Psiquiatría (Psy.D) ni cualquier otro tipo o designación. Un Médico debe estar autorizado actualmente por la jurisdicción en la que se prestan los servicios, y los servicios prestados deben estar dentro del ámbito de esa licencia.

**Miembro:** Un individuo quien está cubierto bajo este seguro.

**Muerte Accidental:** Una ocurrencia repentina, inesperada e involuntaria causada por medio externo y visible que resulta en una Lesión física al Miembro y subsecuentemente en la muerte del Miembro. La muerte debe ocurrir dentro de 30 días de la ocurrencia repentina, inesperada e involuntaria.

**Paciente Externo:** Un Miembro quien recibe tratamiento Médico Necesario por un Médico por una Lesión o Enfermedad que no requiere permanencia de noche en un Hospital.

**Paciente Interno:** Una persona quien permanece en el Hospital por una noche entera y acumula cargos por el uso del cuarto y alimentos.

**País de Origen:** Para ciudadanos estadounidenses, el País de Origen es los Estados Unidos de América, sin importar la ubicación de la Residencia Principal del Miembro. Para ciudadanos no estadounidenses, el País de Origen es el país donde el Miembro radica principalmente y recibe su correo postal.

**Pariente:** Padre/Madre biológico(a), padrastro, madrastra, cónyuge actual, hermano/a, hermanastro/a.

**Período Certificado:** El período de tiempo que empieza a partir de la fecha y hora de la Fecha Efectiva del Certificado y termina en la fecha y hora de la Fecha de Terminación del Certificado. El Período Certificado máximo es de 12 meses.

**Prueba de Reclamación:** Un formulario de Declaración y Autorización de Reclamación llenado y firmado, junto con todos los anexos requeridos, facturas desglosadas y originales de los Médicos, Hospitales y otros prestadores médicos, Comprobantes de pago originales por cualesquier gastos que ya se hubieran pagado por o de parte del Miembro, y cualquier otra documentación que se considera necesaria por parte de las Aseguradoras.

**SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida como ese término (AIDS en inglés) se define por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

**Solicitud:** La Solicitud llenada completamente y firmada y está adjuntada a la Póliza Maestra y la Solicitud llenada completamente y firmada y está remitida a las Aseguradoras por el Miembro.

**Transporte Colectivo:** Un avión, autobús, tren o nave que provee servicio comercial a pasajeros que paguen una tarifa y que tiene rutas programadas y publicadas.

**Trastorno Mental:** Una enfermedad mental o emocional o trastorno que generalmente concuerda con una enfermedad del cerebro con síntomas predominantes que afectan el comportamiento; o una enfermedad de la mente o personalidad, que se presenta en forma del comportamiento anormal; o un trastorno de conducta que se presenta en forma de comportamiento social desviado. Trastornos Mentales incluyen: psicosis, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar afectivo, y aquellas enfermedades psiquiátricas publicadas en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de América.

**Tratamiento Dental:** El cuidado de los dientes, encías o huesos que soportan los dientes, incluyendo dentaduras y la preparación por las dentaduras.

**Unidad de Cuidado Intensivo:** Una Unidad de Cuidado Cardíaco u otra unidad o área de un Hospital que cumple con los estándares requeridos de la Comisión Bilateral de la Acreditación de Hospitales por Unidades de Cuidado Especializado.

**Usual, Razonable y Acostumbrado:** El cargo más común por servicios, medicamentos o suministros semejantes dentro del área en que se incurra el cargo, siempre que aquellos cargos sean son Razonables. Lo que se considera Usual, Razonable y Acostumbrado será determinado por las Aseguradoras. Para determinar si un cargo es Usual, Razonable y Acostumbrado, puede que las Aseguradoras consideren uno o más de los siguientes factores: el nivel de aptitud, alcance de entrenamiento, y experiencia que sean necesarios para realizar el procedimiento o servicio; el tiempo requerido para realizar el procedimiento o servicios en relación al tiempo requerido para realizar otros servicios semejantes; el tipo y gravedad de la Enfermedad o Lesión que se está tratando; el monto cobrado para los mismos o similares servicios, medicamentos o suministros en el área; el monto cobrado por los mismos o similares servicios, medicamentos o suministros en otras partes del país; el costo al prestador que ofrezca el servicio, medicamento o suministro; tales factores que las Aseguradoras consideren apropiados basados en su propio juicio razonable.

**VIIH+:** Resultados de laboratorio que da positivo por la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humano como definido por los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

**Cláusula de Deportes**  
**Disponible a todos los Miembros**  
**Ver a la Página de Declaración para determinar si se aplica**

Considerando el pago de Prima adicional OTRAS EXCLUSIONES, #28 se omite completamente y se reemplaza con lo siguiente:

28. Lesión sostenida al realizar un deporte o actividad atlética Profesional; y

Para esta Exclusión, el término “Profesional” significa una actividad que se realiza por pago, premio o utilidad económica.

El beneficio de Muerte y Desmembramiento Accidental se eliminará en cuestión de Accidentes que ocurran mientras el Miembro participe en cualquier deporte o actividad atlética.

Todos los otros términos, cláusulas y condiciones quedan iguales y sin modificaciones.

***Esta Descripción de Cobertura es un resumen de las provisiones contenidas en la Póliza Maestra No. 101920-1. Para una copia completa de la Póliza Maestra, favor de comunicarse con HCC Medical Insurance Services.***

***Esta traducción de la Descripción de Cobertura sirve como una herramienta comunicativa. En caso de alguna anomalía, referirse a la versión en el idioma inglés.***