

StudentSecureSM

Descripción de Cobertura

Esta Descripción de Cobertura es un resumen de las provisiones contenidas en la Póliza Maestra No. 101920-STU. 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.

REQUISITOS DE MEMBRESÍA, FECHA EFECTIVA DEL CERTIFICADO, FECHA DE TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO, PERÍODO DE BENEFICIO Y COBERTURA EN EL PAÍS DE ORIGEN

Requisitos – Individuos de hasta 65 años de edad tienen derecho a este plan sujeto a los siguientes requisitos:

1. Participantes
 - a. Debe ser un Estudiante de Tiempo Completo en una escuela de estudios superiores, excepto aquellas escuelas vía el Internet, o dentro de los 31 días previos a ser un Estudiante de Tiempo Completo en una escuela de estudios superiores; o debe ser un Escolar de Tiempo Completo afiliado a un instituto de educación y realizando trabajo o investigación por lo menos 30 horas a la semana. Los Estudiantes / Escolares en los Estados Unidos que poseen una visa F-1 son exentos del requisito de estatus de tiempo completo, sin embargo a visas M-1, J-1 o de cualquier otro tipo se aplican los requisitos de tiempo completo; y
 - b. Debe radicar fuera de su País de Origen por el motivo de participar en actividades educacionales en el extranjero; y
 - c. No debió haber conseguido el estatus de residencia en el País Anfitrión.
2. Dependientes
 - a. Debe ser cónyuge legal o ser hijo soltero menor de 19 años de edad del Participante y depender económicamente de él; y
 - b. Debe acompañar al Participante al extranjero con una visa o un pasaporte similar mientras el Participante participe en sus actividades educativas internacionales; y
 - c. Debe estar ubicado temporalmente fuera del País de Origen del Participante; y
 - d. No debió haber obtenido el estatus de residencia en el País Anfitrión.

Condiciones Únicas a Hijos Recién Nacidos o Adoptados:

- a. Hijos recién nacidos o adoptados estarán cubiertos como Dependientes por los primeros 31 días de vida siempre que el parto estuvo cubierto por este seguro o la finalización de la adopción ocurrió mientras la cobertura del Participante estaba en vigor. Si el parto del Recién Nacido no está cubierto bajo este seguro, el Recién Nacido tendrá derechos a la cobertura empezando a los 14 días de edad.
- b. Hijos Recién Nacidos o adoptados deben ser inscritos dentro de los primeros 31 días de nacimiento para Recién Nacidos o dentro de 31 días de la finalización de adopción. Para inscribir se debe remitir notificación por escrito incluyendo el nombre del nuevo Dependiente, fecha de nacimiento, sexo, y ciudadanía y también el pago de cualquier prima adicional que se debe.
- c. Si un hijo recién nacido o adoptado no está inscrito dentro de 31 días siguiendo el nacimiento (para recién nacidos) o la finalización de adopción (para hijos adoptados), entonces se termina la cobertura al trigésimo primer día.

Fecha Efectiva del Certificado – El seguro en ésta se entra en vigor en el último de lo siguiente:

1. El momento en que las Aseguradoras reciban la solicitud y prima correcta (si la solicitud y el pago se remiten vía Internet o vía fax); o
2. 12:01am Zona Horario 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
3. 12:01am Zona Horario del Este (EEUU) en la fecha en que el Participante cumpla con los requisitos

Fecha de Terminación del Certificado – El seguro en ésta se da por terminado en el primero de lo siguiente:

1. 11:59pm Zona Horario del Este (EEUU) en el último día del período por el cual se pagó la prima; o
2. 11:59pm Zona Horario del Este (EEUU) en la fecha en que se haya pedido en la Solicitud; o
3. 12:01am Zona Horario del Este (EEUU) en la fecha en que el Participante ya no cumpla con los requisitos; o
4. 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 el 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 60 días siguientes al día en que se recibió un diagnóstico o tratamiento por alguna Enfermedad o Lesión cubierta que se presentó 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 relacionados a una condición por la cual el Miembro estuvo hospitalizado como Paciente Interno en la Fecha de Terminación del Certificado.

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, 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 el País de Origen se aplica solamente a los Gastos Médicos Permisibles.

Cobertura Médica por Incidencias en el País de Origen – El Miembro está cubierto solamente por Gastos Médicos Permisibles durante visitas temporales que no sumen a más de 15 días de duración por Período Certificado. El Miembro debe volver al extranjero, o al País Anfitrión o a otro país en camino al País Anfitrión, después de cualquier visita al País de Origen para tener derecho al beneficio. El regreso al País de Origen no se debe realizar con el propósito de conseguir tratamiento por alguna Enfermedad o Lesión que se manifestó durante el viaje.

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 por 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; y
- 4) después de 60 días, no se otorgará ningún reembolso.

TABLA DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Beneficio	Límite
Máximo del Período Certificado (incluyendo todos los beneficios): StudentSecure Selecto	\$300,000 Participante \$ 50,000 Cónyuge \$ 50,000 Hijo
StudentSecure Económico	\$250,000 Participante \$ 50,000 Cónyuge \$ 50,000 Hijo
Máximo del beneficio por Lesión o Enfermedad:	

StudentSecure Selecto	\$300,000 Participante \$ 50,000 Cónyuge \$ 50,000 Hijo
StudentSecure Económico	\$250,000 Participante \$ 50,000 Cónyuge \$ 50,000 Hijo
Deducible	\$100 por Lesión o Enfermedad Reducido a \$50 por Lesión o Enfermedad si la atención médica se obtiene en la Clínica Universitaria
Coaseguro – Reclamaciones incurridas dentro de los EEUU StudentSecure Selecto	Por Período Certificado, las Aseguradoras pagarán 80% de los siguientes \$5000 de Gastos Médicos Permisibles después del Deducible, entonces 100% hasta el Máximo del Período Certificado. El Coaseguro será eximido por gastos Incurridos en la Organización de Prestadores Preferidos o en la Clínica Universitaria
StudentSecure Económico	Por Período Certificado, las Aseguradoras pagarán 80% de los siguientes \$10,000 de Gastos Médicos Permisibles después del Deducible, entonces 100% hasta el Máximo del Período Certificado
Coaseguro – Reclamaciones incurridas fuera de los EEUU StudentSecure Selecto	Por Período Certificado, las Aseguradoras pagarán 100% de los Gastos Médicos Permisibles después del Deducible hasta el Máximo del Período Certificado
StudentSecure Económico	Por Período Certificado, las Aseguradoras pagarán 80% de los siguientes \$10,000 de Gastos Médicos Permisibles después del Deducible, entonces 100% hasta el Máximo del Período Certificado
Cuarto hospitalario y alimentos	Costo promedio de un cuarto semi-privado y servicios de enfermería
Ambulancia local	\$350 por Lesión o Enfermedad, cuando la Lesión o Enfermedad cubierta resulte en la hospitalización
Unidad de Cuidado Intensivo	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados
Multa por no precertificar	50% de Gastos Médicos Permisibles
Tratamiento de pacientes externos	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados
Medicamentos para Pacientes Externos	50% del cargo final
Trastornos Mentales	Paciente Externo: \$50 máximo por día, \$500 máximo de por vida Paciente Interno: Usual, Razonable y Acostumbrado hasta \$10,000 máximo de por vida Tratamiento debe ser obtenido fuera de la Clínica Universitaria
Cuidado de Maternidad para un Embarazo cubierto	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados
Cuidado rutinario del recién nacido: StudentSecure Selecto	\$750 Máximo por Período Certificado
StudentSecure Económico	\$250 Máximo por Período Certificado
Terminación Terapéutica del Embarazo	\$500 Máximo por Período Certificado
Fisioterapia y cuidado quiropráctico	Máximo \$50 por visita por día Debe ser previamente recetado por un Médico no asociado con la Clínica Universitaria
Deportes interuniversitarios, interescolares o intramuros	\$5,000 Máximo por Lesión o Enfermedad Sólo Gastos Médicos
Los demás Gastos Médicos Permisibles	Cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados.
Tratamiento Dental debido a un Accidente cubierto	\$250 Máximo por diente \$500 Máximo por Período Certificado
Tratamiento Dental para el alivio de dolor	\$100 Máximo por Período Certificado (no se aplica el Deducible ni el Coaseguro)
Evacuación Médica de Emergencia: StudentSecure Selecto	(No se aplica el Deducible ni el Coaseguro) \$300,000 Participante (Máximo de por vida) \$ 50,000 Cónyuge (Máximo de por vida)

StudentSecure Económico	\$ 50,000 Hijo (Máximo de por vida) (No se aplica el Deducible ni el Coaseguro) \$250,000 Participante (Máximo de por vida) \$ 50,000 Cónyuge (Máximo de por vida) \$ 50,000 Hijo (Máximo de por vida)
Repatriación de Restos: StudentSecure Selecto	\$25,000 Máximo (no se aplica el Deducible ni el Coaseguro)
StudentSecure Económico	\$15,000 Máximo (no se aplica el Deducible ni el Coaseguro)
Reunión de Emergencia: StudentSecure Selecto	\$2,500 Máximo de por vida (sujeto al Máximo de 15 días, no se aplica el Deducible ni el Coaseguro)
StudentSecure Económico	\$1,000 Máximo de por vida (sujeto al Máximo de 15 días, no se aplica el Deducible ni el Coaseguro)
Terrorismo	\$50,000 Máximo de por vida Sólo Gastos Médicos Permisibles
Muerte y Desmembramiento Accidental StudentSecure Selecto	No se aplica el Deducible ni el Coaseguro Suma Principal (Máximo de por Vida): \$25,000 Participante \$10,000 Cónyuge \$ 5,000 Hijo Muerte – Suma Principal Pérdida de 2 Extremidades – Suma Principal Pérdida de 1 Extremidad – La mitad de la Suma Principal
StudentSecure Económico	No hay cobertura

**REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN DE PRESTADORES PREFERIDOS (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS
(SOLAMENTE StudentSecure Selecto)**

Ninguna provisión de este seguro limita ni restringe que el derecho de que el Miembro elija el Hospital, Médico u otro prestador de servicios que quiera. Ninguna provisión de este seguro restringe ni interrumpe la relación entre el Miembro y el Hospital, Médico u otro prestador en respecto al tratamiento o cuidado de cualquier condición ni el derecho de ningún Miembro a recibir, por su propio bolso, servicios y/o suministros que no estén cubiertos bajo este seguro.

Para cumplir con los requisitos de la Organización de Prestadores Preferidos de los Estados Unidos, el Miembro debe recibir tratamiento médico de prestadores que participan en la Organización (PPO) mientras se encuentra en los Estados Unidos. Si el Miembro elige cumplir con los requisitos de la PPO, y los gastos están incurridos de un prestador que participa en la PPO, las Aseguradoras eximirá el Coaseguro aplicables a todos los gastos.

Los Miembros pueden consultar una lista de Hospitales, Médicos y otros prestadores de servicios que participan en la Red PPO en el área donde el Miembro recibirá el tratamiento por acceder a la página Web de HCC Medical Insurance Services vía Internet en: www.hccmis.com.

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 vaya a Incurrir; 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, sujetos 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 serán 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 haya 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 recibió previo aprobación.

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 el Comprobante 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 por 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 envió 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 quirófono, 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 quirófono 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 Médicamente 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.
20. Por el cuidado rutinario y Médicamente Necesario de recién nacidos durante los primeros 31 días de vida, siempre que el parto estuvo cubierto bajo este seguro.
21. Cuidado prenatal rutinario, Embarazo, parto, y cuidado postnatal relacionado a un Embarazo cubierto.
22. Tratamiento de Trastornos Mentales.

GASTOS PERMISIBLES – EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Sujetos a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujetos 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 estar conforme a 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 ocurrió 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 las Aseguradoras y que no les hará a las Aseguradoras responsable por demoras que no fueron dentro de su directo e inmediato control.

GASTOS PERMISIBLES – REPATRIACIÓN DE RESTOS

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

1. Transporte aéreo o terrestre de los restos 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 necesaria para su transporte.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe estar de acuerdo con todas las condiciones y provisiones de este seguro; y
- b. Repatriación de Restos debe estar aprobado previamente y coordinado por las Aseguradoras; y
- c. Las Aseguradoras proveerán beneficios de Repatriación de Restos 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 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 lo más pronto que sea posible. El Miembro entiende que la Repatriación de Restos 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 Aseguradoras y que no les hará a las Aseguradoras responsable por demoras que no fueron dentro de su directo e inmediato control.

GASTOS PERMISIBLES – REUNIÓN DE EMERGENCIA

Sujetos a los Límites estipulados en la Tabla de Beneficios y Límites, y sujetos 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 al 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 de los 15 días.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe estar de acuerdo 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: (1) una Evacuación Médica de Emergencia del Miembro que esté cubierta en ésta; o (2) Hospitalización como Paciente Interno de un Miembro por lo menos 5 días debido a una condición cubierta que amenace su vida.
- d. Los beneficios de Reunión de Emergencia que no correspondan a una Evacuación Médica de Emergencia se pagarán sólo después de la permanencia de 5 días mínimos como Paciente Interno.

GASTOS PERMISIBLES -- MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (SOLAMENTE StudentSecureSM Selecto)

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

1. Accidental Muerte Accidental – Las Aseguradoras pagarán la Suma Principal al Beneficiario. La Suma Principal es de \$25,000 por Participantes, \$10,000 por Cónyuges, y \$5,000 por Hijos.
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.

Condiciones y Restricciones:

- a. El Miembro debe estar de acuerdo 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. En ningún caso será que un pago bajo este beneficio efectuado por las Aseguradoras sume más de la Suma Principal.

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 son excluidos de la cobertura bajo este seguro:

1. Condiciones Preexistentes – Cargos que resulten directa o indirectamente de cualquier Condición Preexistente, tal como se define en ésta, son excluidos de este seguro durante los primeros 12 meses de cobertura.
2. Área de Cobertura – Para todos los ciudadanos no estadounidenses que elijan cobertura “Excluyendo los EEUU” y para todos los ciudadanos o residentes de los EEUU, no se provee cobertura dentro de los Estados Unidos, Puerto Rico, o las Islas Vírgenes Estadounidenses, excepto a los ciudadanos o residentes de los EEUU por Incidencias en el País de Origen durante una visita permisible o durante un Período de Beneficio permisible.
3. Cuidado prenatal rutinario, Embarazo, parto, y cuidado postnatal, y cuidado rutinario de guardia de un recién nacido, a menos que estén relacionados a un Embarazo Cubierto tal como definido en ésta.
4. Tratamiento por o relacionado a cualquier condición congénita, con excepción de condiciones congénitas de un Hijo si el parto estuvo cubierto bajo este seguro.
5. Cargos que no sean Incurridos por el Miembro durante su Período de Certificado.
6. Cargos por tratamiento de cualquier condición cuando el propósito de salir del País de Origen fue para someterse a tratamiento en el país(es) de destino.
7. Cargos por 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.
8. Tratamiento, servicios o suministros que no sean administrados por o bajo la supervisión de un Médico.
9. Tratamiento, servicios o suministros que no sean Medicamento Necesarios como definido en ésta.
10. Tratamiento, servicios o suministros provistos al Miembro sin costo.
11. Cargos que excedan a lo Usual, Razonable y Acostumbrado como definido aquí
12. Consultas telefónicas o multas por faltar una cita programada.
13. Cirugías, tratamientos, servicios o suministros con el Fin de Investigación o Experimento.
14. Todos los cargos Incurridos mientras limitado primariamente a recibir Cuidado Bajo Custodia, Cuidado Educacional o Rehabilitación.
15. La modificación del peso o tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluyendo sin limitarse al amarrarse la boca y todas las formas de Cirugía de derivación intestinal
16. Modificaciones del cuerpo para mejorar el bienestar psicológico, salud mental o emocional del Miembro, incluyendo sin limitarse a la Cirugía transexual.
17. 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.
18. Tratamiento de Miembros que sean VIH+, tengan SIDA o CRS.
19. 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.
20. Cualquier droga, tratamiento o procedimiento que promueva, mejore o corrija impotencia o disfunción sexual.

21. Terminación electiva del Embarazo.
22. 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.
23. 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.
24. Cirugía ocular, como el queratotomía radial, cuando el motivo es para corregir miopía, hipermetropía o astigmatismo.
25. Tratamiento de la articulación temporomandibular.
26. Gastos que excedan \$5,000 por alguna Lesión o Enfermedad sostenida mientras participe en un deporte interuniversitario, inter-escolar, o intramuros y todos los gastos por cualquier Lesión o Enfermedad sostenida mientras participe en cualquier tipo de Atletismo Amateur. Esto no incluye actividades atléticas que son deportes o actividades sin contacto y que se practiquen por el Miembro solamente por recreación, entretenimiento o ejercicio a menos que tales deportes o actividades están de lo contrario excluidos por este seguro.
27. Lesión sostenida al realizarse las siguientes actividades:
 - a. deportes profesionales; 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 esquí 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 en que se practique a propósito de sentirse la emoción y le sujete a un riesgo anormal de lesionarse.
28. 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.
29. Lesión o Enfermedad auto inflingida voluntariamente.
30. Enfermedades venéreas, incluyendo todas las enfermedades y condiciones transmitidas sexualmente.
31. Inmunizaciones y Exámenes Físicos Rutinarios, y otros laboratorios, rayos-x, y procedimientos con propósito de diagnóstico o prevención.
32. Tratamiento quiropráctico, a menos que esté recetado previamente por un Médico para el tratamiento Medicamento Necesario por alguna Lesión o Enfermedad cubierta en ésta.
33. Gastos de fisioterapia o el tratamiento de Trastornos Mentales si el tratamiento se obtiene en La Clínica Universitaria.
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.
37. Cualesquier servicios o suministros 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, Repatriación de Restos y Reunión de Emergencia.
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.

TÉRMINOS DEFINIDOS

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, Indianapolis, 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.

Atléticas 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: Para Participantes, el individuo indicado en la Solicitud del Miembro quien recibirá cualquier beneficio de Muerte Accidental. Para el Cónyuge y/o Hijo(s) inscritos en el Plan, el Beneficiario es el Participante.

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.

Clínica Universitaria: Una instalación médica de un instituto educacional que provee servicio médico básico para estudiantes por un mínimo de 10 horas a la semana durante los semestres de cursos. Servicios básicos deben incluir personal de un prestador médico autorizado (MD, CNP, RN) con propósito de asesar y tratar Enfermedades y Lesiones leves y/o recomendar a otro prestador médico.

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

Condición Preexistente: Cualquier (1) condición para la cual se recibió o se lo recomendó durante los 12 meses 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 12 meses 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 12 meses inmediatamente previos a la Fecha Efectiva del Certificado.

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

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 Educacional 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.

Dependiente: El cónyuge legal del Participante, o el Hijo soltero menor de 19 años que depende del Participante económicamente, quien está inscrito para la cobertura bajo este Plan.

Deportes Extremos: Deportes de acción que inducen la adrenalina, incluyendo pero no limitado al salto de BASE,

Desmembramiento Accidental: Una ocurrencia repentina, involuntaria e 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.

Embarazo: La condición física de estar embarazado.

Embarazo Cubierto: El Embarazo, de un Participante o un Dependiente mayor de 18 años, que empezó después de la Fecha Efectiva de cobertura.

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.

Escolar de Tiempo Completo: Un individuo que se afilia a un instituto de educación y está participando en actividades educativas por lo menos 30 horas a la semana. Estas actividades incluyen pero no limitadas a: la realización de investigación en un área de especialidad o la docencia por un período de tiempo temporal.

Especialista Médica: Un Médico cuyo enfoque está por un solo ramo de la medicina. Una Especialista Médica 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.

Estudiante de Tiempo Completo: Un estudiante de una escuela de estudios superiores quien está inscrito por 10 horas de crédito (para estudiantes universitarios) ó 6 horas de crédito (para estudiantes postgrados). Aquellos individuos que son matriculados en escuelas de estudios superiores que no utilicen un sistema de horas de crédito deben presentar documentación que comprueba su estatus de tiempo completo.

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.

Oficial de un Gobierno Extranjero: Un individuo que vendrá a los Estados Unidos de no inmigrado quien se ha acreditado por un gobierno extranjero a ser un oficial para realizar funciones por parte de aquel gobierno extranjero.

Paciente Externo: Un Miembro quien recibe tratamiento Médicamente 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 Anfitrión: El país, aparte del País de Origen, en el cual el Participante realizará sus actividades educativas. Para ciudadanos y residentes de los Estados Unidos, el País Anfitrión debe ser fuera de los Estados Unidos, incluyendo las Islas Vírgenes Estadounidenses y Puerto Rico. Los ciudadanos y los residentes de los Estados Unidos que radican dentro de los estados contiguos, Alaska, y Hawái tienen derecho a cobertura en Guam, Samoa Estadounidense, y las Islas Marianas del Norte.

País de Origen: El país de Residencia Principal del Participante es el que se declara en la Solicitud. El país de Residencia Principal es el país en el cual permanece el hogar verdadero y permanente del Participante. El País de Origen del Dependiente es el mismo de él del Participante, sin importar el lugar de la Residencia Principal del Dependiente.

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

Participante: El Estudiante de Tiempo Completo o Escolar de Tiempo Completo quien está realizando actividades educativas internacionales fuera de su País de Origen y quien está inscrito para cobertura bajo este Plan.

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.

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.

Terminación Terapeuta del Embarazo: Terminación voluntaria del embarazo considerada Médicamente Necesario para el bienestar de la madre.

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: Cuidado, incluyendo pero no limitado a consultas, exámenes diagnósticos, medicamentos recetados, evaluaciones, exámenes, y terapia, relacionado a la administración médica por alguna Lesión o Enfermedad.

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 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.

VIH+: 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).

Esta Descripción de Cobertura es un resumen de las provisiones contenidas en la Póliza Maestra No. 101920-STU. 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.