

ABSOLUTE VIP

CONDICIONES DE COBERTURA

JULIO 2025 / JUNIO 2026



VUMI®



BIENVENIDO A VUMI®

Nos complace que haya elegido a VUMI® para la cobertura médica de usted y su familia. Confiamos que encontrará que es la cobertura de seguro médico internacional más completa e innovadora. Todos nuestros planes cuentan con nuestro exclusivo Servicio Médico VIP® que incluye acceso a la Segunda Opinión Médica VIP®, Telemedicina Global y Visitas Médicas a Domicilio*.

El propósito de este documento es ofrecerle una guía detallada de su cobertura. El documento está dividido en ocho secciones que definen los requisitos de elegibilidad y los beneficios, su alcance y duración, así como las exclusiones de su póliza. Asimismo, encontrará información general sobre los procesos administrativos, sus obligaciones como asegurado y las definiciones de los términos usados en las estipulaciones, los cuales le ayudarán a entender mejor el funcionamiento y los beneficios de su póliza.

Con nuestra cobertura de seguro, usted tendrá la tranquilidad de saber que su salud y la de su familia está en las mejores manos, las 24 horas del día y en cualquier parte del mundo. Nuestros productos están respaldados por una compañía global financieramente sólida que cuenta con una extensa red de proveedores y un exclusivo Servicio Médico VIP®, disponible cuando usted más lo necesite.

Una vez más, bienvenido a VUMI®.

David A. Rendall

David A. Rendall

President & CEO

VUMI® Group International Insurance

*Donde esté disponible.



CONTENIDO

Tabla de Beneficios	4
Sección 1 Acuerdo	8
Sección 2 Plazo de Cobertura	9
Sección 3 Elegibilidad	9
Sección 4 Obligaciones del Asegurado e Información General de la Póliza	10
Sección 5 Beneficios y Estipulaciones	15
Sección 6 Exclusiones Generales	24
Sección 7 Administración de la Póliza	29
Sección 8 Definiciones	32

EFFECTIVO 2025

PARA SOLICITUDES DE PREAUTORIZACIONES Y/O NOTIFICACIONES OBLIGATORIAS notificaciones@vumigroup.com

Teléfono General: +1.214.276.6376
Llamada Gratuita: +1.855.276.VUMI (8864)
Desde México: +52 (55) 41.70.3647
Desde Venezuela: +58 (212) 720.1730 / 720.5127
Desde Perú: +51 (1) 718.5014
Desde Brasil: +55 (11) 3197.6670
Desde Chile: +56 (2) 29.381.950

VUMI®

VUMI® GROUP, I.I.
ORGANIZADA BAJO EL CAPÍTULO 61
DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.
NINGUNA COBERTURA EMITIDA POR ESTA ASEGURADORA
ESTÁ PROTEGIDA POR CUALQUIER GARANTÍA
O FONDO DE INSOLVENCIA EN PUERTO RICO.
Servicios de administración ofrecidos por VIP Administration Services, LLC.

Edificio San Juan Medical Assoc. 5. Calle Reverendo Domingo Marrero, Suite 4. Río Piedras, PR 00925
info@vumigroup.com • www.vumigroup.com

CONDICIONES DE COBERTURA | 3

TABLA DE BENEFICIOS

De no expresarse lo contrario, los beneficios se ofrecen por Asegurado, por Año Póliza, a cuyos beneficios les corresponde el Deducible seleccionado. Todas las cantidades son expresadas en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD, por sus siglas en inglés). Los beneficios están limitados a los gastos médicos que tengan cobertura bajo la Póliza y los mismos están sujetos a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés) para el área geográfica donde ocurrieron los mismos. Para evitar una penalidad del treinta por ciento (30%), el Asegurado deberá solicitar una Preautorización obligatoria para ciertos beneficios, directamente a la Compañía.

OPCIONES DE DEDUCIBLE*

	OPCIÓN I	OPCIÓN II	OPCIÓN III	OPCIÓN IV	OPCIÓN V	OPCIÓN VI	OPCIÓN VII
Fuera de EE. UU.	US\$500	US\$1.000	US\$2.000	US\$5.000	US\$10.000	US\$20.000	US\$50.000
Dentro de EE. UU.	US\$1.000	US\$2.000	US\$3.000				

*Solamente se aplica un (1) Deducible por persona, por Año Póliza. Para Pólizas de familia, se aplicará un máximo de dos (2) Deducibles acumulados por Póliza, por Año Póliza.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

Cobertura máxima por persona, por Año Póliza	Ilimitada
Edad límite para solicitar cobertura	Hasta 75 años de edad
Período de Espera	30 días
Cobertura geográfica	Mundial, sin restricción de Médicos y Hospitales

BENEFICIOS HOSPITALARIOS

BENEFICIO		COBERTURA
Habitación Hospitalaria Privada Estándar		100% UCR
Beneficio especial para uso de Suite (sujeto a disponibilidad)		Hasta US\$3.000 por día dentro de la red USA Special Network®
Uso de unidad de cuidados intensivos		100% UCR
Gastos de cama para acompañante adulto de un Asegurado hospitalizado	Menor de 18 años	100% UCR, sin límite de noches
	Mayor de 18 años	100% UCR, máx. 21 noches
Medicamentos prescritos durante una Hospitalización		100% UCR

BENEFICIOS AMBULATORIOS

BENEFICIO		COBERTURA
Atención en sala de Emergencia		100% UCR
Visitas a Médicos y especialistas		100% UCR
Visitas de Médicos y especialistas en el hogar (donde esté disponible)		100% UCR
Medicamentos por Prescripción ambulatoria		100% UCR
Terapias complementarias: quiropráctico, psicólogo, psiquiatra, osteópata y/o acupunturista		US\$6.000
Cuidados de Enfermero(a) o Terapeuta en el hogar		100% UCR

BENEFICIOS AMBULATORIOS

BENEFICIO	COBERTURA
Chequeo Médico Preventivo. No aplica Deducible (opciones I, II, III, IV, V y VI)	• US\$300 por visita, hasta 6 visitas para Asegurados de 0 a 12 meses de edad • Hasta US\$500 a partir de 12 meses de edad en adelante, incluyendo hasta US\$75 para chequeo dental preventivo en las opciones I, II y III Cuidados preventivos (opciones I, II, III y IV): • Detección de cáncer de colon (a partir de los 45 años de edad): US\$1.200 cada 10 años • Mamografía (a partir de los 40 años de edad): US\$400 • Papanicolaou (desde los 21 hasta los 65 años de edad): US\$150 cada 3 años • Detección de cáncer de próstata (a partir de los 50 años de edad): US\$300
Aparatos auditivos	US\$3.000 Vitalicio
Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer	100% UCR
Tratamiento del autismo	• 100% UCR si el Asegurado nació de una Maternidad Cubierta • US\$10.000 para Asegurados nacidos de una Maternidad no Cubierta y que desarrollaron la condición mientras estaban asegurados
Tratamiento de alergias	100% UCR

BENEFICIOS GENERALES PARA PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura tanto para procedimientos hospitalarios como para ambulatorios.

BENEFICIO	COBERTURA				
Honorarios del Cirujano y del Anestesiólogo	100% UCR				
Servicios de estudios diagnósticos (exámenes de laboratorio, patología, rayos-X, resonancias magnéticas, tomografías)	100% UCR				
Oncología: exámenes, tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia) y Medicamentos	100% UCR				
Cirugía profiláctica para reducir el riesgo de cáncer	US\$30.000 Vitalicio (después de un Período de Espera de 12 meses)				
Servicios de diálisis	100% UCR				
Prótesis y medios correctivos implantados durante una cirugía	100% UCR				
Trasplante de órganos (por órgano/tejido)	US\$3.000.000 Vitalicio Incluye beneficio de US\$80.000 para gastos del Donante Vivo				
Equipo Médico Durable	100% UCR				
Terapia física y de rehabilitación	100% UCR				
Tratamientos especializados: apnea del sueño y otros trastornos del sueño	US\$5.000				
Terapias especializadas: ocupacionales y de lenguaje					
Condiciones Congénitas y/o Hereditarias (incluyendo US\$40.000 para implantes cocleares)	<table> <tr> <td>Diagnosticadas antes de los 18 años</td><td>US\$2.000.000 Vitalicio</td></tr> <tr> <td>Diagnosticadas después de los 18 años</td><td>100% UCR</td></tr> </table>	Diagnosticadas antes de los 18 años	US\$2.000.000 Vitalicio	Diagnosticadas después de los 18 años	100% UCR
Diagnosticadas antes de los 18 años	US\$2.000.000 Vitalicio				
Diagnosticadas después de los 18 años	100% UCR				

BENEFICIOS GENERALES PARA PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura tanto para procedimientos hospitalarios como para ambulatorios.

BENEFICIO	COBERTURA
Terapia Génica	US\$1.000.000
Tratamiento del VIH-SIDA	US\$1.000.000 Vitalicio (después de un Período de Espera de 24 meses)
Cirugía bariátrica de bypass gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso, sus complicaciones o tratamientos y/o Medicamentos para la pérdida de peso	US\$15.000 Vitalicio (después de un Período de Espera de 24 meses)
Tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos de los pies	100% UCR (después de un Período de Espera de 24 meses)
Cirugía reconstructiva después de un Accidente o Enfermedad	Hasta el máximo del beneficio

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

10 meses de Período de Espera. No aplica Deducible.

BENEFICIO	COBERTURA
Maternidad (opciones I, II y III)	Parto normal: • 100% UCR en un Hospital dentro de la red Special Maternity Network® • US\$8.000 en un Hospital fuera de la red Special Maternity Network® Parto por cesárea: • US\$10.000 dentro o fuera de la red Special Maternity Network® <i>Incluye partos de embarazos que sean resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad</i>
Extracción y almacenamiento de Células Madres del Recién Nacido (opciones I, II y III)	US\$2.000 por parto cubierto
Complicaciones de la Maternidad y del Nacimiento (opciones I, II y III)	US\$1.000.000 Vitalicio
Inclusión del Recién Nacido dentro de los 90 días a partir del nacimiento (opciones I, II y III)	Sin evaluación de riesgo si nace de una Maternidad Cubierta
Cobertura gratuita para Dependientes hasta los 10 años de edad (opciones I y II)*	• Máx. 2 niños nacidos de una Maternidad Cubierta (solo en las opciones I y II) si ambos padres están asegurados en la Póliza • Máx. 1 niño nacido de una Maternidad Cubierta (solo en las opciones I y II) si solo la madre está asegurada en la Póliza
Tratamiento de fertilidad (opciones I y II)**	US\$5.000 Vitalicio, después del Deducible (después de un Período de Espera de 24 meses)

*Incluidos dentro de los 90 días a partir del nacimiento. Después de los 90 días, el pago de la prima será requerido.

**La cobertura de estos tratamientos no exonera a la Asegurada de las exclusiones relacionadas con un embarazo que sea producto de los mismos, según se detalla en la Póliza.

BENEFICIOS DE EVACUACIÓN MÉDICA

BENEFICIO	COBERTURA
Transportación de Emergencia	Ambulancia Terrestre
	Ambulancia Aérea
	100% UCR, no aplica Deducible
	100% UCR, no aplica Deducible

BENEFICIOS DE EVACUACIÓN MÉDICA

BENEFICIO	COBERTURA
Costo de pasaje de regreso del Asegurado y un acompañante después de una evacuación por Ambulancia Aérea	Hasta US\$2.000 por pasaje
Repatriación o cremación de restos mortales	100% UCR

OTROS BENEFICIOS

BENEFICIO	COBERTURA
Tratamiento para las Lesiones durante el entrenamiento o la práctica de Actividades de Alto Riesgo y/o Deportes Profesionales	100% UCR
Cobertura dental de Emergencia	100% UCR para tratamiento dentro de los primeros 180 días del Accidente cubierto
Cirugía refractiva	US\$800 por ojo, Vitalicio (después de un Período de Espera de 24 meses)
Cuidados Paliativos	100% UCR
Cobertura gratuita extendida a Dependientes elegibles después de la muerte del Contratante a causa de una condición o Accidente cubierto	2 años
Eliminación/reducción del Deducible de la Póliza por no haber alcanzado el Deducible durante los últimos 3 años	Opciones I, II, III y IV: • Eliminación por 1 año después del 3er año sin haber alcanzado el Deducible en ninguno de los años Opciones V y VI: • Reducción del 50% del Deducible durante 1 año después del 3er año sin haber alcanzado el Deducible en ninguno de los años
Eliminación del Deducible en caso de un Accidente Serio (todas las opciones)	Eliminación del Deducible anual para el primer tratamiento hospitalario de urgencia que requiera Hospitalización en las primeras 24 horas después del Accidente Serio
Segunda Opinión Médica VIP®	Acceso a una segunda opinión médica de expertos de renombre de todo el mundo, no aplica Deducible

BENEFICIOS ADICIONALES OPCIONALES (ANEXOS)*

BENEFICIO	COBERTURA
Cobertura de Emergencia al viajar al extranjero**	Hasta US\$5.000 para tratamiento médico de Emergencia en el exterior

*Cobertura sujeta a la adquisición del Anexo adicional.

**Para pólizas emitidas para residentes de Argentina, Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay, este beneficio está incluido en su plan sin prima adicional.

Todos los beneficios con cobertura del 100% son hasta los límites de la Póliza. Los beneficios con coberturas establecidas serán hasta los límites en cada uno de ellos.

Las palabras escritas en mayúsculas son términos definidos de especial relevancia y significado en este documento.

SECCIÓN I. ACUERDO

VUMI® Group, I.L., en lo adelante la “Compañía”, se compromete a pagar al Asegurado Titular los beneficios detallados en esta Póliza relacionados con los gastos cubiertos que incurran este o sus Dependientes elegibles, como resultado de cualquier tratamiento, servicio o suministro médico en cualquier lugar del mundo donde el plan ofrezca cobertura, después de la Fecha de Efectividad de esta Póliza.

Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo los Deducibles correspondientes, beneficios máximos y límites detallados en la Tabla de Beneficios y el Certificado de Cobertura, que forman parte integral de la Póliza.

1.1 Derecho a examinar la Póliza

El Asegurado Titular entiende que esta Póliza es un plan de seguro médico internacional que no está sujeto a regulaciones y/o coberturas obligatorias exigidas por las leyes de su País de Residencia u otras jurisdicciones, por lo tanto, es posible que no cumpla con la cobertura, suscripción y otras disposiciones reglamentarias de seguros del País de Residencia del Asegurado. Esta Póliza de seguro no está sujeta y no proporciona ciertos beneficios requeridos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de los Estados Unidos (PPACA, por sus siglas en inglés). Por lo tanto, el Asegurado Titular debe revisar los términos de su cobertura para verificar su conformidad con la cobertura ofrecida y en caso contrario solicitar la cancelación de esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de quince (15) días después de haberla recibido.

Si durante ese período no se han efectuado reclamos, la Compañía reembolsará la prima neta pagada por el Asegurado (menos los setenta y cinco dólares (US\$75) de costos administrativos) y la Póliza quedará nula y sin validez, tal como si nunca hubiese sido emitida.

Reembolsos de prima no devengada

Si el Contratante, el Asegurado Titular o la Compañía cancela esta Póliza después del período de quince (15) días para examinarla, o después de que la misma ha sido rehabilitada o renovada, la Compañía reembolsará la porción de la prima no devengada, menos los setenta y cinco dólares (US\$75) de costos administrativos, hasta un máximo del sesenta y cinco por ciento (65%) de la cantidad total de la prima. Los costos administrativos y el treinta y cinco por ciento (35%) de retención de la Compañía no serán reembolsados. En caso de cancelación o rescisión de la Póliza, la Compañía aplicará la prima recibida a cualquier pago realizado por un reclamo contra la Póliza.

1.2 Notificación importante acerca de la Solicitud

Esta Póliza se emite basada en las declaraciones proporcionadas de buena fe por el Asegurado Titular, por sí mismo(a) y sus Dependientes. Si alguna de la información declarada en la Solicitud fuera falsa, incorrecta,

inexacta, estuviese incompleta, o tuviera el propósito de confundir o engañar, o alguna información ha sido omitida, resultando por lo tanto en una tarifa distinta a la correspondiente por edad, parentesco con el Asegurado Titular o País de Residencia del Asegurado, o la agravación del riesgo, la prima y/o la cobertura de la Póliza podrá ser rescindida, modificada retroactivamente o cancelada a discreción de la Compañía. Si la cobertura es cancelada o rescindida, quedará sin efecto y la Compañía no se hará responsable por ningún pago de los beneficios ofrecidos bajo esta Póliza. La información omitida, falsa, incorrecta o inexacta en el momento de la solicitud, evaluación de la Solicitud o durante la vigencia de la Póliza, no tiene que estar directamente relacionada con una reclamación que de otro modo hubiese podido ser compensable para que la Compañía proceda a modificar, cancelar o rescindir la cobertura que otorgó sin haber podido evaluar todos los riesgos asumidos desde la Fecha de Efectividad de la Póliza. Asimismo, si un Proveedor o cualquier otro individuo o entidad que le haya proporcionado servicios médicos al Asegurado Titular y/o a alguno de los Asegurados sometiera falsos testimonios en complicidad con el Asegurado Titular y/o alguno de los Asegurados, con el propósito de reclamar pagos contra esta Póliza, sus secciones y/o Enmiendas, la Póliza sería, a discreción de la Compañía, modificada, rescindida o cancelada, quedaría sin efecto y la Compañía no se haría responsable por ningún pago de los beneficios ofrecidos por esta Póliza. El Asegurado Titular y/o Asegurado(s) tendrán que reembolsarle a la Compañía por cualquier pago que la misma haya hecho como resultado de una omisión, declaración incorrecta o Negligencia por parte del Asegurado Titular y/o Asegurado, al primer requerimiento. En caso de cancelación o rescisión, la Compañía abonará el monto de la prima no devengada al total de los pagos realizados por cualquiera de las causas antes mencionadas.

1.3 Contrato completo

El contrato completo entre el Asegurado Titular y la Compañía incluye:

- A La Póliza (el presente documento);
- B La Solicitud firmada por el Contratante, la cual ha sido utilizada para evaluar el riesgo;
- C Cualquier examen médico que haya sido requerido por la Compañía, así como cualquier otro documento que se haya necesitado en el momento de la solicitud incluyendo, pero no limitado a los resultados de la entrevista telefónica efectuada por el evaluador de riesgos (si hubo), reportes médicos y cualquier otra información relevante para la evaluación de la cobertura;
- D Cualquier formulario o documento que pueda requerirse para agregarle nuevos Dependientes elegibles a la Póliza o para modificar la cobertura;
- E El Certificado de Cobertura;
- F Enmiendas (si correspondiera), que modifiquen los términos y condiciones de esta Póliza; y
- G Endosos o Anexos (en caso que hayan sido adquiridos), que

incluyan cobertura adicional.

No se puede hacer ningún cambio a la Póliza, a menos que sea

aprobado por la Compañía. Cualquier cambio a la cobertura deberá hacerse mediante un endoso emitido por el Departamento de Evaluación de Riesgos de la Compañía.

SECCIÓN 2. PLAZO DE LA COBERTURA

La cobertura tiene una duración de doce (12) meses y se renovará automáticamente por igual período de tiempo al recibo del pago de la prima correspondiente, sujeta a la elegibilidad, definiciones, condiciones y otras estipulaciones de la Póliza que esté en vigencia en el momento de la renovación. La cobertura comienza un (1) minuto después de la medianoche (00:01) hora estándar del Este, en la Fecha de Efectividad de esta Póliza y termina a la medianoche (00:00) trescientos sesenta y

cinco (365) días después.

Cualquier cambio en las primas y en las Condiciones de Cobertura para el próximo plazo de la Póliza se notificará antes de cada Fecha de Aniversario de la Póliza. Al pagar la prima de renovación, el Asegurado Titular reconoce y acepta los términos de la Póliza.

SECCIÓN 3. ELEGIBILIDAD

3.1 Requisitos de elegibilidad

Esta Póliza provee cobertura al Asegurado Titular y a sus Dependientes elegibles: Cónyuge, Concubino(a) o Compañero(a) Doméstico(a), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de dieciocho (18) años de edad para quienes el Asegurado Titular haya sido designado como tutor legal, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos al momento de la solicitud:

- A** Residir en un país que no sea los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.);
- B** No estar ubicado físicamente en Estados Unidos al momento de la solicitud y hasta que la Póliza sea aprobada, emitida y entregada en su País de Residencia;
- C** El Asegurado Titular y su Cónyuge, Concubino(a) o Compañero(a) Doméstico(a) deben tener al menos dieciocho (18) años de edad y hasta setenta y cinco (75) años de edad, excepto si son menores autorizados(as) por uno de sus padres o un tutor legal;
- D** Los hijos Dependientes son elegibles hasta:
 - a** Los diecinueve (19) años edad si son solteros; o
 - b** Los veinticuatro (24) años de edad si son solteros y estudiantes a tiempo completo.
- E** Abonar la prima correspondiente.

Solicitantes mayores de 65 años

Aquellos Solicitantes mayores de sesenta y cinco (65) años de edad deberán suministrar información médica adicional para su evaluación. La Compañía podrá reembolsarles hasta un máximo de cincuenta dólares (US\$50) para cubrir el costo de la información médica solicitada una vez sea aprobada la cobertura y la prima pagada. No hay edad máxima para la renovación de la Póliza.

Asegurados Dependientes

La cobertura está disponible para los hijos Dependientes del Asegurado

principal hasta el día antes de cumplir los diecinueve (19) años de edad si son solteros, o hasta el día antes de cumplir los veinticuatro (24) años de edad si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada, al momento que la Póliza es emitida o renovada.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, una certificación de estudiante emitida por un representante del centro de estudios. Además, en caso de Asegurados estudiando en el extranjero, la Compañía podrá hacer un ajuste en la prima a pagar, de acuerdo a la tarifa que corresponda al país donde se estén cursando los estudios, a partir de la fecha de inicio de la asistencia a la entidad académica.

Cuando ya no califiquen como Dependientes bajo una Póliza, estos serán elegibles para obtener cobertura bajo su propia Póliza, sin evaluación de riesgos, al someter una Solicitud y abonar la prima correspondiente, en un plan con igual o mayor Deducible bajo las mismas condiciones y/o restricciones de la Póliza anterior. La Solicitud del Dependiente deberá ser recibida en la Compañía antes de terminar el Período de Gracia de la Póliza bajo la cual tuvo cobertura con la Compañía.

3.2 Adición de un Recién Nacido bajo una Maternidad Cubierta

La inclusión como Dependiente de un Recién Nacido que haya nacido de un embarazo cubierto por esta Póliza (que no haya sido producto de un tratamiento de fertilidad), se llevará a cabo sin la necesidad del proceso de evaluación de riesgos. La Compañía deberá recibir una copia del certificado de nacimiento junto con la Solicitud de Recién Nacido, dentro de un período de noventa (90) días después del nacimiento. La cobertura del niño cobrará efectividad desde la fecha

de su nacimiento sin aplicársele el Período de Espera.

Si el Recién Nacido no es inscrito durante el plazo de noventa (90) días, tendrá que completarse una Solicitud para ser sometida a evaluación de riesgos. Después de transcurrido el plazo de los noventa (90) días, no se otorgará la cobertura gratuita para Dependientes nacidos de una Maternidad Cubierta (opciones I y II).

Los Recién Nacidos de una maternidad no cubierta o que sean producto de un tratamiento de fertilidad, aun cuando dicho tratamiento haya sido cubierto por esta Póliza, no califican para el beneficio de inclusión automática, por lo que se deberá completar una Solicitud, la cual deberá pasar por una evaluación de riesgos.

SECCIÓN 4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO E INFORMACIÓN GENERAL DE LA PÓLIZA

4.1 Emisión de la Póliza

Esta Póliza se considera solicitada, emitida y entregada cuando el Asegurado Titular la recibe en su País de Residencia.

La Compañía no solicita, vende ni acepta solicitudes para ninguna póliza de seguro completada, emitida o entregada a cualquier persona en cualquier estado de los Estados Unidos. Si se determina que la Póliza fue solicitada, vendida y/o entregada en los Estados Unidos o cualquiera de sus territorios, deberá ser cancelada o rescindida.

Solo el departamento de Evaluación de Riesgos de la Compañía tiene la autoridad de aprobar, modificar, cancelar o rescindir la cobertura de seguros, mediante un Endoso o una comunicación oficial.

Renovación garantizada

La renovación de esta Póliza está garantizada de por vida, sujeta a los términos y condiciones de la Póliza vigente al momento de la renovación, siempre y cuando la prima total sea pagada a tiempo.

Entrega de los documentos de la Póliza

La Póliza, Endosos y recibos de pago podrán ser enviados a la dirección de correo electrónico registrada con la Compañía, a menos que el Asegurado Titular o su Agente de registro hayan elegido otra opción en la Solicitud de seguro o lo hayan solicitado posteriormente a la Compañía. El Asegurado Titular podrá solicitar copia de los documentos de su Póliza directamente a la Compañía, en cualquier momento.

Contrato regulador

Las traducciones de esta Póliza a otros idiomas se ofrecen como cortesía para conveniencia del Asegurado. La versión en inglés de esta Póliza es la única versión válida y vinculante. Cualquier traducción existe solo para asistir en la interpretación, y cualquier diferencia en la interpretación se resolverá a favor de la versión en inglés.

4.2 Cobertura para Condiciones Preexistentes

Las Condiciones médicas Preexistentes declaradas en la Solicitud podrán recibir cobertura, a menos que las mismas sean limitadas o permanentemente excluidas por la Compañía a través de una Enmienda

incluida en el Certificado de Cobertura.

Las Condiciones Preexistentes no declaradas no recibirán cobertura y su omisión puede dar lugar a la modificación, rescisión o cancelación de la Póliza. La Compañía, a su entera discreción, podrá modificar, rescindir, cancelar, o no renovar la Póliza debido a la omisión de una Condición Preexistente.

4.3 Período de Espera

Esta Póliza tiene un Período de Espera de treinta (30) días que comienza en la Fecha de Efectividad de la misma. Durante este período de tiempo, la cobertura estará limitada a las condiciones que se manifiesten por primera vez y que su causa sea una Lesión sufrida durante un Accidente o una Enfermedad de Origen Infeccioso. Cualquier otra condición, o síntoma, que no haya sido ocasionada por un Accidente o que no sea de origen infeccioso y que se manifieste por primera vez durante dicho Período de Espera, será excluida permanentemente para ese Asegurado en particular por el resto del tiempo que permanezca asegurado bajo esta Póliza. Esta restricción le aplicará al Asegurado en cualquier otro plan aprobado por la Compañía o cualquiera de sus afiliadas.

4.4 Exoneración del Período de Espera

El Período de Espera de treinta (30) días será exonerado o eliminado si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- A Se declara información acerca de una cobertura anterior similar a la solicitada en la Solicitud y se le proporciona a la Compañía una copia de la Póliza anterior; así como el recibo de pago de la misma por los últimos doce (12) meses de la cobertura;
- B La Solicitud es presentada a la Compañía dentro del período de treinta (30) días después de la terminación de la cobertura de la Póliza anterior; y
- C El Asegurado estuvo cubierto por un seguro médico con beneficios equivalentes a este, el cual estuvo en vigor por un período consecutivo de al menos doce (12) meses inmediatamente después de la Fecha de Efectividad.

La prueba de cobertura previa presentada después que se aprobó la Póliza no será válida para esta exoneración.

Si el Período de Espera es exonerado, los beneficios pagaderos bajo esta Póliza por cualquier condición que ocurriera durante este período, estarán limitados al beneficio menor que ofrezca esta Póliza o la Póliza anterior; por el resto del tiempo que el Asegurado permanezca asegurado bajo esta Póliza.

El Período de Espera de diez (10) meses para el beneficio de cuidados de maternidad queda exceptuado de esta exoneración, así como los Períodos de Espera requeridos para otros beneficios, tal como lo estipula esta Póliza.

4.5 Notificación de Cambio de País de Residencia

El Asegurado Titular deberá notificar a la Compañía por escrito si algún Asegurado ha cambiado de País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días después de que ocurra dicho cambio, ya que esto pudiera resultar en un ajuste a la prima basado en la nueva área geográfica donde reside el Asegurado.

Una vez que se reciba la notificación de cambio de País de Residencia o la Compañía haya determinado que ocurrió el cambio de País de Residencia, la Compañía determinará qué tabla de tarifas geográficas deberá aplicarse retroactivamente a partir de la fecha en que ocurrió el cambio de País de Residencia.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, información adicional para verificar la residencia actual permanente o temporal del Asegurado.

El no notificar a la Compañía sobre el cambio de País de Residencia de cualquiera de los Asegurados, según lo indicado, pudiera resultar en la rescisión, cancelación o modificación de esta Póliza, a discreción de la Compañía.

Si por cualquier motivo, un Asegurado permanece fuera de su País de Residencia por más de ciento ochenta y tres (183) días acumulados dentro de un Año Póliza, ya sea por trabajo, placer, estudios o como Viajero Frecuente, etc., el Asegurado Titular deberá notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días ya que esto podría resultar en un ajuste a la prima establecida para expatriados, o a la tabla de tarifas de la Región donde pasará la mayor parte del tiempo durante el Año Póliza. De no hacerlo, la Póliza podrá ser modificada o cancelada a discreción de la Compañía.

4.6 Cambios de tarifa

La Compañía tiene el derecho de cambiar las tarifas de las primas anualmente en la Fecha de Aniversario de la Póliza basado en el país, área geográfica dentro de un mismo país y/o Región de residencia, por segmentos de edades en períodos definidos de cuatro (4) años y anualmente a partir de los sesenta (60) años de edad y/o dependiendo del número de hijos que califiquen como Dependientes. En ningún caso

la Compañía modificará las tarifas de un Asegurado individualmente basado en su historial de reclamos.

4.7 Cambio de plan

Antes de la Fecha de Aniversario, el Asegurado puede solicitar un cambio de su plan actual a cualquiera de los otros planes que ofrece la Compañía, disponible en la zona geográfica del Asegurado.

Para cambios entre los planes principales* (Absolute VIP, Universal VIP, Special VIP y Access VIP) se aplican las siguientes reglas:

- A Si el cambio es para un plan con menores beneficios con la misma opción de Deducible, o una opción de deducible más alta disponible, el cambio será automático, sin evaluación de riesgos.
- B Si el cambio es para un plan con mayores beneficios, o el mismo plan con una opción de Deducible más bajo, estará sujeto a una evaluación de riesgos.

Como regla general, cualquier cambio con una mejora de beneficios y/o una opción de Deducible más bajo estará sujeto a una evaluación de riesgos.

Si alguno de los Asegurados de la Póliza se encuentra hospitalizado o en tratamiento, el departamento de evaluación de riesgos podría posponer el cambio de plan solicitado.

Si el nuevo plan incluye o mejora beneficios de cuidados de maternidad, estos estarán sujetos a un Período de Espera de diez (10) meses. Los beneficios que no existían en el plan anterior deberán cumplir los Períodos de Espera correspondientes. Durante los Períodos de Espera, la cobertura se proporcionará de acuerdo con el plan que ofrezca los beneficios más bajos.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio de plan por cualquier motivo.

**Cualquier cambio a cualquier de los otros planes requiere de una nueva Solicitud y el departamento de Evaluación de Riesgos puede solicitar requisitos adicionales.*

4.8 Moneda

Todo valor monetario que muestra esta Póliza es expresado en dólares de los Estados Unidos.

4.9 Pago de la prima

El pago de la prima es la responsabilidad del Contratante o del Asegurado Titular, según sea el caso. La prima es pagadera en la Fecha de Renovación de esta Póliza, de acuerdo al modo de pago seleccionado. El pago de la prima le da efectividad a la Póliza durante el período por el cual se ha pagado la prima. Los pagos parciales o incompletos de la prima vencida no renovarán la Póliza y sus beneficios

no estarán disponibles.

Cualquier prima pagada en exceso a la suma establecida será reembolsada sin adicionarle ningún interés y de la misma forma en la que fue abonada. El no abonar la totalidad de prima estipulada a tiempo, resultará en la terminación de la Póliza. Por razones de cumplimiento, la Compañía se reserva el derecho de aceptar pagos por adelantado o a futuro por concepto de primas de seguro.

4.10 Modos de pago

Las primas pueden ser abonadas anualmente, semestralmente, trimestralmente o de acuerdo a cualquier otro modo de pago establecido por la Compañía. Los cambios de modo de pago se efectuarán solamente en la Fecha de Aniversario de la Póliza.

La prima es pagadera en la fecha de vencimiento de la Póliza. Los avisos de pago de prima son emitidos como cortesía y la Compañía no garantiza su entrega.

Si no ha recibido el aviso de pago, el Contratante/Asegurado Titular debe contactar a la Compañía o a su Agente de seguros.

4.11 Período de Gracia

La Compañía otorga un Período de Gracia de treinta (30) días para pagar la prima correspondiente a la Póliza, los cuales comienzan al día siguiente de la Fecha de Vencimiento de acuerdo al modo de pago seleccionado. Si no se recibiera el pago completo de la prima en la Compañía antes de que termine el Período de Gracia, esta Póliza se considerará expirada en la Fecha de Vencimiento. Durante el Período de Gracia no se proporcionarán ni se pagarán beneficios por gastos incurridos después de la Fecha de Vencimiento. Si la prima es pagada durante dicho período, la Póliza será renovada.

La Compañía podrá gestionar el pago de la prima pendiente de pago con el Agente o directamente con el Asegurado Titular, a su entera discreción. Sin embargo, las diligencias adicionales de cobro de la Compañía, no equivalen a la renuncia al derecho de dar por expirada esta Póliza por falta del pago total de la prima adeudada en la Fecha de Vencimiento, según se establece en esta Póliza.

Es responsabilidad absoluta del Asegurado Titular de la Póliza pagar a tiempo la prima adeudada. El hecho de que puedan existir reclamaciones o solicitudes administrativas pendientes con la Compañía, no exime, detiene o prolonga el plazo para el pago de la prima en la Fecha de Vencimiento ni la consecuente expiración de la Póliza.

La falta de pago de la prima total adeudada en la Fecha de Vencimiento se entenderá como voluntad expresa del Asegurado Titular de no renovar la Póliza. Igualmente, el cumplimiento implícito de los requisitos de registro exigidos por la Compañía, al solicitar

nuevamente la cobertura de seguro después de haber transcurrido los plazos de renovación, como se define en esta Póliza, se entenderá como voluntad expresa del Asegurado Titular de renovar esta Póliza.

4.12 Terminación de la cobertura después de la Fecha de Vencimiento

Cuando una Póliza expira, la cobertura cesará en la Fecha de Vencimiento y la Compañía solo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la Póliza, que tuvieron lugar antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza. No habrá cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuando se presentó por primera vez la Lesión o condición médica, o de cuánto tratamiento adicional pueda ser requerido.

4.13 Causas de rescisión, cancelación o modificación de la Póliza

Por la Compañía

La Compañía, a su sola discreción, pudiera cancelar, rescindir o modificar las tarifas y el Deducible de la Póliza, en casos donde alguna de las siguientes condiciones esté presente:

- A La información declarada en la Solicitud es falsa, está incompleta, o cuando se ha omitido información o se ha cometido un fraude, por cualquier razón, que haya ocasionado que la Compañía aprobara la Póliza o el reclamo, que en caso de habersele proporcionado a la Compañía la información correcta, la cobertura hubiese sido emitida bajo ciertas restricciones o se hubiese rechazado al determinarse que el Solicitante era una persona no asegurable bajo los lineamientos de la Compañía;
- B El Asegurado somete un reclamo o información que la Compañía considere fraudulento. En caso que ocurriera dicho fraude, el Asegurado Titular será responsable, tanto frente al Proveedor como a la Compañía, y tendrá que reintegrar a la Compañía los pagos hechos en referencia al reclamo fraudulento o no compensable, ya sea que el pago haya sido hecho como reembolso al Asegurado o directamente al Proveedor; o se haya emitido una Carta Aval;
- C El Asegurado vive en un país que está bajo un embargo o ha sido sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros de los Estados Unidos (OFAC, por sus siglas en inglés), o el propio Asegurado aparece en alguna de las listas de personas sancionadas por la OFAC, o entidades similares en el Reino Unido, la Unión Europea u otras listas similares alrededor del mundo;
- D El Asegurado permanece por más de ciento ochenta y tres (183) días de un período de trescientos sesenta y cinco (365) días en los Estados Unidos o cualquiera de sus territorios, sin una justificación legal o visa para su residencia temporal en ese país, o no notifica su cambio de residencia dentro de los treinta (30) días establecidos en esta Póliza;
- E El Asegurado Titular no cumple con su obligación de cooperar con

la Compañía para recuperarse del daño causado por terceros u obtener el reembolso de los gastos cubiertos a causa del mismo, mediante el proceso de subrogación; o

- F Se descubre que los criterios de elegibilidad no se cumplieron en el momento de la Solicitud.

A solicitud del Asegurado Titular o el Contratante:

- G El Asegurado Titular o el Contratante (si existiera) solicita por escrito la cancelación de la cobertura o no abona la prima total antes del Período de Gracia, de acuerdo a lo estipulado en esta Póliza; o
- H El Asegurado Titular notifica su divorcio o separación (en caso de Compañeros Domésticos). La cobertura del Cónyuge Dependiente terminará al finalizar el Año Póliza, o cuando lo solicite el Asegurado Titular, mediante notificación a la Compañía dentro de los treinta (30) días de la fecha del divorcio o separación.

4.14 Notificación de divorcio o separación legal del Asegurado Titular

En caso de una separación legal o divorcio, el Asegurado Titular deberá notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días del evento. El Cónyuge o Compañero(a) Doméstico(a) Dependiente podrá mantener su cobertura hasta terminar el Año Póliza, si así lo acepta el Asegurado Titular. La Compañía puede aprobarle al Cónyuge o Compañero(a) Doméstico(a) Dependiente su propia Póliza bajo otro plan, con Deducibles y condiciones idénticas a la Póliza en la que estaba antes del divorcio/separación legal. La Solicitud y la prima para la nueva Póliza deberán ser recibidas dentro de los treinta (30) días de haber sido eliminado(a) de la cobertura en la que era Dependiente.

4.15 Reinstalación de la Póliza

Una vez que haya expirado el Período de Gracia para el pago de la prima y, por lo tanto, la Póliza sea cancelada por falta de pago, esta Póliza pudiera ser reinstalada si se somete una nueva Solicitud. La Compañía se reserva el derecho de aprobar dicha Solicitud.

4.16 Reembolso de la prima no devengada por fallecimiento del Titular

En caso de que el Asegurado Titular falleciera, la Compañía abonará al Beneficiario listado en la Solicitud (si corresponde) o a la(s) persona(s) o entidad heredera del Asegurado Titular fallecido, la prima no devengada o cualquier reembolso por beneficios que hayan quedado sin pagar en vida del mismo. Si existen Dependientes en la Póliza del Asegurado Titular fallecido, la prima no devengada no se reembolsará, si estos optan por recibir los dos (2) años de cobertura gratuita que ofrece esta Póliza.

En caso de fallecimiento de un Asegurado Dependiente, la prima no devengada será reembolsada al Asegurado Titular. En ambos casos, la Compañía deberá recibir la documentación legal correspondiente.

4.17 Deducible

Deducible en Pólizas con solo un (1) Asegurado

Cada Asegurado tendrá que cubrir el monto equivalente a un (1) Deducible por Año Póliza, ya sea dentro o fuera de Estados Unidos, según donde se reciba el beneficio.

Servicios tanto dentro como fuera de Estados Unidos*

Cuando el Asegurado ya haya cubierto el Deducible fuera de Estados Unidos y se hayan prestado otros servicios médicos en Estados Unidos, el Asegurado será responsable por el pago de la diferencia entre el monto total de ambos Deducibles. Es decir, el total restante del monto del Deducible fuera de Estados Unidos, menos el monto del Deducible dentro de Estados Unidos.

Deducible en Pólizas familiares (dos (2) o más Asegurados)

Para las Pólizas con dos (2) o más Asegurados, o pólizas familiares, se debe cubrir la cantidad máxima de dos (2) Deducibles por Póliza, por Año Póliza.

Servicios tanto dentro como fuera de Estados Unidos en Pólizas familiares*

Cuando los dos (2) Deducibles ya hayan sido cubiertos fuera de Estados Unidos y se hayan prestado otros servicios médicos dentro de Estados Unidos, el Asegurado será responsable por el pago de la diferencia entre el monto total de ambos Deducibles (las dos (2) cantidades de fuera y las dos (2) cantidades de dentro de Estados Unidos). Es decir, el total restante del monto de los Deducibles fuera de Estados Unidos, menos el monto de los Deducibles dentro de Estados Unidos.

Todos los montos aplicados al Deducible por cada uno de los diferentes miembros de la familia en una misma Póliza familiar, serán tomados en cuenta para alcanzar el pago del monto de los dos (2) Deducibles requeridos a cubrir por Año Póliza.

**Para opciones de Deducible con diferentes montos para fuera y dentro de Estados Unidos.*

4.18 Deducible adicional

Durante el proceso de evaluación de riesgos, la Compañía podrá imponer un Deducible adicional para la cobertura de una condición médica específica, que lo hará constar en el Certificado de Cobertura. Existen dos tipos de Deducible adicional:

- A Deducible adicional por Año Póliza; y
- B Deducible adicional por la vida de la Póliza.

Deducible adicional por Año Póliza

Es el monto adicional que el Asegurado debe cumplir cada año, si se somete una reclamación relacionada con la condición médica a la que le corresponde el Deducible adicional. Este Deducible adicional por Año Póliza se aplicará cada año de cobertura llevando un acumulador separado

al Deducible anual de la Póliza. Ambos Deducibles deben cumplirse por separado si la condición médica específica es la razón del reclamo.

Sin embargo, para cualquier otro servicio médico ofrecido por la Póliza, no relacionado a la condición médica a la cual se le impuso un Deducible adicional, solo se deberá cumplir el Deducible regular anual del plan y la opción elegidos en el momento de la solicitud.

Deducible adicional por la vida de la Póliza

Es el monto adicional que el Asegurado debe cumplir por la vida de la Póliza, si hace una reclamación relacionada con la condición médica a la que le corresponde el Deducible adicional.

Este Deducible por la vida de la Póliza comenzará a aplicarse antes de satisfacer el Deducible anual del plan y la opción elegidos en el momento de la solicitud.

Una vez satisfecho el Deducible adicional por la vida de la Póliza, se deberá satisfacer el Deducible anual del plan y opción elegidos.

Todo gasto por servicios médicos relacionados con el Deducible adicional por la vida de la Póliza, para la condición médica determinada, se seguirá aplicando a este Deducible adicional, hasta llegar a cubrirlo en su totalidad.

Todo monto aplicado anualmente al acumulador del Deducible adicional por la vida de la Póliza, se irá sumando hasta satisfacer el mismo por completo. Una vez satisfecho este Deducible Vitalicio, el mismo queda eliminado y solo quedará como responsabilidad del Asegurado el Deducible anual del plan y la opción elegidos.

En todos los casos, el Deducible anual de Póliza debe ser cubierto al hacer una reclamación. Si la reclamación es sobre la condición médica por la que se agregó el Deducible adicional, el Asegurado deberá cubrir ambos Deducibles.

Exclusión

Todos los beneficios en esta Póliza relacionados con el Deducible, se refieren únicamente al Deducible anual del plan y la opción elegidos. Por lo tanto, los montos aplicados al incremento del Deducible en los últimos tres (3) meses antes de la Fecha de Aniversario no se tomarán en cuenta para el beneficio de transferencia del Deducible cubierto, ni tampoco para el beneficio de eliminación o reducción del Deducible por no presentar reclamos por tres (3) años consecutivos.

4.19 Cambio de Deducible

Antes de la Fecha de Aniversario, el Asegurado puede solicitar un cambio de Deducible dentro del mismo plan:

- A Si el cambio es para un Deducible más alto, se aprobará bajo las mismas condiciones del plan actual.

- B Si el cambio es para un Deducible más bajo, estará sujeto a evaluación de riesgos.

Una vez se haga efectivo el cambio, durante los primeros treinta (30) días a partir de la Fecha de Efectividad del mismo, se aplicará el mayor de los Deducibles hacia cualquier Enfermedad o Lesión no causada por una Enfermedad de Origen Infeccioso o por Accidente que haya ocurrido a partir de la fecha del cambio.

Si la nueva opción de Deducible incluye beneficios de cuidados de maternidad, estos estarán sujetos a un Período de Espera de diez (10) meses. Los beneficios que no existían en la opción de Deducible anterior deberán cumplir los Períodos de Espera correspondientes.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o rechazar el cambio de Deducible o plan, o aprobarlo bajo las condiciones y/o restricciones que considere adecuadas.

4.20 Herramientas y recursos para el Asegurado

Los Asegurados tienen acceso a MyVUMI™, un portal en línea que les permite:

- A Ver información sobre la Póliza, como Dependientes, exclusiones, Enmiendas y próximos pagos de prima;
- B Descargar los documentos de la Póliza como la carta de bienvenida, Certificado de Cobertura y tarjeta de membresía;
- C Acceder al Resumen del Plan y las Condiciones de Cobertura del plan;
- D Descargar el formulario de reclamos y de pago de prima;
- E Someter un reclamo, una solicitud de Preautorización o una Notificación;
- F Contactar a VUMI®; y
- G Obtener información de contacto del Agente.



Los Asegurados tienen acceso a MyVUMI™ a través de www.myvumiportal.com o descargando la aplicación en el App Store® de Apple® o en Google Play™ para Android™.

Android es una marca registrada de Google LLC.

4.21 Registros médicos

El Asegurado Titular, por motivo de evaluación de riesgos y/o reclamos, debe proporcionarle a la Compañía en cualquier momento y al primer requerimiento, toda información médica que se requiera. Además, el Asegurado Titular, así como sus Dependientes, deben autorizar a la Compañía a obtener todo informe, documentación y acceso al paciente en caso, que se determine necesario para concluir el proceso de evaluación de riesgos o del reclamo, según sea el caso. En caso contrario, el reclamo pudiera ser denegado hasta que se reciba la información y autorizaciones necesarias.

4.22 Coordinación de beneficios

Cuando el Asegurado tenga otra cobertura de seguro debe declararlo a la Compañía en el momento de la solicitud o al someter un reclamo.

La cobertura bajo esta Póliza actuará como secundaria a cualquier otra Póliza o plan de seguro de salud. La Compañía proporcionará beneficios después que el reclamo haya sido sometido al plan de seguro principal primero y solo cuando se hayan satisfecho los beneficios pagaderos bajo la Póliza principal. Solo los beneficios que ofrece esta Póliza serán considerados para esta coordinación con otras aseguradoras.

La Compañía procesará una coordinación de los beneficios en la cual las cantidades pagadas por la otra compañía de seguros serán aplicadas al Deducible, de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta Póliza. Cuando se esté presentando un reclamo con coordinación de beneficios, se debe presentar la prueba de la cobertura del otro seguro, conjuntamente con una copia de los registros médicos, las facturas desglosadas, la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la aseguradora primaria, así como prueba de los pagos realizados por la otra compañía de seguros. La cantidad total de los pagos no deberá ser mayor a la cantidad total de los gastos incurridos; la Compañía no pagará ninguna cantidad reembolsada por la otra compañía de seguros a pesar de que exceda el Deducible de esta Póliza.

Orden de cobertura cuando existen otros seguros

En caso de la existencia de alguna otra Póliza de seguros, la misma deberá cubrir los gastos como primaria mientras que esta Póliza actuará como secundaria.

Pólizas de viaje

En el caso de que el Asegurado tenga una Póliza de viaje, la misma se

considerará como primaria. Una vez agotados los beneficios médicos de dicha Póliza, la Póliza de salud de gastos médicos mayores cubrirá los reclamos pendientes de cobertura.

Pólizas grupales o corporativas

En el caso de Asegurados bajo una póliza individual que también estén asegurados bajo una Póliza grupal, la Póliza colectiva actuará como primaria hasta que se agoten los beneficios correspondientes a la reclamación recibida. Los cargos restantes podrán ser cubiertos por la Póliza individual.

4.23 Caducidad de los reclamos

Los reclamos o facturas relacionadas con gastos cubiertos bajo esta Póliza deben ser remitidos a la Compañía dentro de un período de ciento ochenta (180) días después de la fecha de servicio para que los mismos sean elegibles para recibir cobertura.

Los reclamos o facturas recibidas después del plazo antes mencionado no tendrán cobertura, aun cuando hubiesen sido autorizados o los cargos hayan sido compensables bajo esta Póliza.

4.24 Errores administrativos

Cualquier error administrativo de la Compañía, o del procesamiento de reclamaciones, no negará cobertura que debió haber sido aprobada y no extenderá cobertura que debió haber sido negada o cancelada. La Compañía enmendará el error y esta acción pudiera conllevar, entre otras medidas, el ajuste de la prima correspondiente y, en caso de ser necesario, el requerimiento de reembolsos de sumas pagadas por error.

SECCIÓN 5. BENEFICIOS Y ESTIPULACIONES

De no expresarse lo contrario, los beneficios se ofrecen por Asegurado, por Año Póliza, según el Deducible seleccionado. Todas las cantidades son expresadas en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD, por sus siglas en inglés). Los beneficios están limitados a los gastos médicos que tengan cobertura bajo la Póliza y los mismos están sujetos a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés), como se define en esta Póliza.

Para evitar una penalidad del treinta por ciento (30%), el Asegurado deberá solicitar una Preautorización obligatoria para ciertos beneficios, directamente a la Compañía.

5.1 Cobertura mundial

Este plan provee cobertura con libre elección de Hospitales y Médicos en cualquier lugar del mundo a través de pago directo a los Proveedores o de reembolso al Asegurado Titular, exceptuando aquellos países sancionados por las autoridades competentes.

Para optimizar los beneficios ofrecidos, el Asegurado puede hacer uso de la red de Proveedores de la Compañía.

BENEFICIOS HOSPITALARIO

5.2 Habitación Hospitalaria Privada Estándar

La cobertura para la Hospitalización de un Asegurado en una Habitación Privada Estándar es del cien por ciento (100%) UCR.

5.3 Beneficio especial para uso de Suite

Esta Póliza provee un beneficio de hasta un máximo de tres mil dólares (US\$3.000) diarios cuando el Asegurado esté siendo atendido por un Proveedor de la red USA Special Network® y pueda ser tratado en las comodidades de una Suite, siempre y cuando esté disponible.

5.4 Unidad de cuidados intensivos

La cobertura para el tratamiento de un Asegurado en una unidad de cuidados intensivos es del cien por ciento (100%) UCR.

5.5 Gastos de cama para acompañante adulto de un Asegurado hospitalizado

Menor de dieciocho (18) años

La cobertura para la cama de un acompañante adulto de un Asegurado Dependiente menor de dieciocho (18) años de edad hospitalizado, es del cien por ciento (100%) UCR, sin límite de noches.

Mayor de dieciocho (18) años

La cobertura para la cama de un acompañante adulto de un Asegurado hospitalizado mayor de dieciocho (18) años de edad es del cien por ciento (100%) UCR, hasta un máximo de veintiún (21) noches de Hospitalización del Asegurado.

Los cargos por concepto de cama para acompañante de un Asegurado hospitalizado deben estar incluidos en la factura del Hospital.

Si el costo de la habitación incluye la cama para acompañante, este beneficio no aplica ni es transferible a ningún otro gasto relacionado con el acompañante o la Hospitalización.

BENEFICIOS AMBULATORIOS

5.6 Terapias complementarias

La cobertura para este beneficio es de hasta un máximo de seis mil dólares (US\$6.000) por Año Póliza. Este beneficio incluye cobertura para terapias ambulatorias complementarias con un psiquiatra y/o psicólogo; y terapias alternativas con un quiropráctico, osteópata y/o acupunturista.

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.7 Cuidados de Enfermero(a) o servicios de Terapeuta en el hogar

La cobertura para este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR basado en los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables para el(los) cuidado(s) particular(es) al caso, o basado en las tarifas establecidas o previamente contratadas por la Compañía en el área geográfica, país o Proveedor específico en el cual el Asegurado reciba dichos servicios.

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía e incluye cuidados médicos en el hogar que hayan sido prescritos por el Médico tratante. La Compañía evaluará la necesidad y el tiempo requerido para la atención médica especializada para ajustarla en caso de tratamientos prolongados.

La atención médica en el hogar incluye los servicios que solo pueden

ser proporcionados por profesionales certificados (Enfermeros(as) o Terapeutas) y no incluye cuidados de custodia o asistenciales, como se define en esta Póliza.

5.8 Chequeo médico preventivo (opciones I, II, III, IV, V y VI)

Esta Póliza cubrirá un beneficio anual, sin Deducible, para Chequeos Médicos Preventivos.

Para los Asegurados entre las edades de cero a doce (0 a 12) meses, la cobertura es de hasta un máximo de trescientos dólares (US\$300) por visita, por Asegurado, para un máximo de seis (6) visitas.

Para Asegurados mayores de doce (12) meses de edad, la cobertura es de hasta un máximo de quinientos dólares (US\$500) por Asegurado*. Para las opciones I, II y III de esta Póliza, se incluye una cobertura de hasta setenta y cinco dólares (US\$75) para chequeo preventivo dental.

**Dentro del límite máximo de cobertura de este beneficio, se ofrece cobertura para tratamientos con un nutricionista, tratamientos contra adicciones (como dejar de fumar), exámenes de evaluación física, vacunas, consultas de Oftalmología para niños Asegurados de hasta dieciocho (18) años de edad, prueba del Virus del Papiloma Humano (VPH) y/o la vacuna contra el VPH.*

Cuidados preventivos (opciones I, II, III y IV)

Detección de cáncer de colon

Este beneficio ofrece cobertura de hasta un máximo de mil doscientos dólares (US\$1.200) para la prueba de detección de cáncer de colon cada diez (10) años, para Asegurados de cuarenta y cinco (45) años de edad o más.

Para Asegurados de alto riesgo, este beneficio está disponible cada dos (2) años. Los Asegurados que son considerados de alto riesgo incluyen, pero no están limitados a aquellos con un historial familiar fuerte de cáncer colono rectal o ciertos tipos de pólipos, un historial familiar conocido de un síndrome de cáncer colono rectal hereditario como poliposis adenomatosa familiar (FAP, por sus siglas en inglés) o síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC, por sus siglas en inglés).

Mamografía

Este beneficio ofrece cobertura de hasta un máximo de cuatrocientos dólares (US\$400) por Año Póliza para Aseguradas de cuarenta (40) años de edad o más.

Prueba de Papanicolaou

Este beneficio ofrece cobertura de hasta un máximo de ciento cincuenta dólares (US\$150) cada tres (3) años para Aseguradas de veintiún (21) a sesenta y cinco (65) años de edad.

Detección de cáncer de próstata

Este beneficio ofrece cobertura de hasta un máximo de trescientos dólares (US\$300) por Año Póliza para Asegurados de cincuenta (50) de edad años o más.

5.9 Aparatos auditivos

La cobertura de este beneficio es de tres mil dólares (US\$3.000)

por Asegurado, Vitalicio y la misma debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Compañía. Este beneficio está limitado a los dispositivos externos que no son implantados quirúrgicamente.

5.10 Tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer

La cobertura para este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR para todo tratamiento aprobado relacionado con la Enfermedad de Alzheimer y sus complicaciones. Este beneficio excluye tratamientos en Centros de Cuidado a Largo Plazo.

Medicamentos por Prescripción especializados para tratar esta condición estarán sujetos a lo indicado en la Sección 5.13 de esta Póliza.

5.11 Tratamiento para el Autismo

La cobertura para el tratamiento de autismo, incluyendo terapias o Medicamentos por Prescripción, es del cien por ciento (100%) UCR para Asegurados Dependientes que nacieron bajo una Maternidad Cubierta.

El beneficio para Asegurados Dependientes nacidos bajo una Maternidad no Cubierta por la Póliza y que desarrollaron la condición mientras estaban asegurados por esta Póliza es de diez mil dólares (US\$10.000) por Asegurado, por Año Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

Las terapias relacionadas con esta condición no cuentan para la cobertura limitada de otras terapias también cubiertas por esta Póliza.

5.12 Tratamientos de alergias

La cobertura de este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR e incluye los exámenes de diagnóstico.

BENEFICIOS GENERALES

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura tanto para procedimientos hospitalarios como para ambulatorios.

5.13 Medicamentos por Prescripción

La cobertura para los Medicamentos por Prescripción recetados durante una Hospitalización es del cien por ciento (100%) UCR.

La cobertura para Medicamentos ambulatorios por Prescripción recetados fuera de una Hospitalización, es del cien por ciento (100%) UCR.

Para requerir su aprobación, se debe enviar, conjuntamente con el reclamo, una copia de la prescripción escrita por el Médico para tratar una condición cubierta por esta Póliza. La Compañía aprobará

el Medicamento por Prescripción genérico como la primera opción cuando esté disponible.

Medicamentos por Prescripción altamente especializados

Los Medicamentos por Prescripción altamente especializados indicados para usos específicos estarán cubiertos dentro de los límites del beneficio correspondiente indicados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando sean coordinados y pre aprobados por la Compañía. La Compañía coordinará con sus Proveedores la entrega de dichos Medicamentos por Prescripción directamente al Asegurado. El Asegurado debe aceptar las condiciones de la Compañía para el suministro de dichos Medicamentos por Prescripción especializados, ya sea recibiendo el tratamiento con un Proveedor específico designado por la Compañía, o de acuerdo a la forma de entrega disponible.

Los Medicamentos por Prescripción altamente especializados incluyen, pero no están limitados a interferón beta-1a, interferón pegilado alfa-2a, interferón beta-1b, etanercept, adalimumab, bevacizumab, ciclosporina A, azatioprina y rituximab.

Este beneficio excluye medicamentos, dentro o fuera de una Hospitalización, que no se reconozcan científica o médicamente para un diagnóstico específico, que se consideren como uso fuera de etiqueta o Experimental o el uso de combinaciones que generalmente no sean aceptadas por la comunidad científica, incluso cuando un Médico en particular lo prescriba; así como las medicinas sin receta y/o las no aprobadas para el tratamiento de la condición del Asegurado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration – FDA, por sus siglas en inglés) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés).

5.14 Honorarios del Cirujano, Asistente del Cirujano o Anestesiólogo

Los Honorarios del Cirujano, Asistente del Cirujano y el Anestesiólogo se cubren basado en los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés) para el/ los procedimientos(s) particular(es) al caso, o basado en las tarifas especiales establecidas o previamente contratadas y/o pagadas por la Compañía en el área geográfica, país o Proveedor específico en el cual el Asegurado reciba dichos servicios.

5.15 Oncología

La cobertura para pruebas, tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia) y medicamentos oncológicos, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios, es del cien por ciento (100%) UCR.

Las Terapias Génicas para el tratamiento de cáncer serán cubiertas de acuerdo con la Sección 5.22 de esta Póliza.

5.16 Cirugía profiláctica para reducir el riesgo de cáncer

La cobertura de este beneficio es de hasta un máximo de treinta mil dólares (US\$30.000) por Asegurado, Vitalicios, después del Deducible, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- A El Asegurado tiene una conocida predisposición al cáncer (BRCA1 o BRCA2 u otra fuerte predisposición genética de susceptibilidad de cáncer) o una mutación deletérea confirmada por pruebas genéticas realizadas en una fecha posterior al término del Período de Espera de este beneficio. Las pruebas genéticas o procedimientos similares que demuestren la necesidad de este procedimiento están cubiertos bajo este beneficio. En caso que no se demuestre la necesidad, las pruebas pudieran tener cobertura dentro de los límites del beneficio de chequeo médico

preventivo, según lo previsto en la Sección 5.8 de esta Póliza;

- B Se confirma a través de una Segunda Opinión Médica VIP® que la cirugía es Medicamento Necesaria; y
- C Se ha cumplido un Período de Espera de doce (12) meses desde la Fecha de Efectividad de la Póliza.

Todos los servicios deben ser previamente autorizados y serán coordinados por la Compañía dentro de una red de Proveedores preferidos designada por la Compañía. El monto máximo de este beneficio incluye todos los procedimientos y complicaciones relacionadas con la cirugía profiláctica autorizada.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante un (1) año a partir de la fecha de aprobación del cambio del plan.

5.17 Trasplantes de tejidos y órganos

La cobertura para este beneficio es de hasta un máximo de tres millones de dólares (US\$3.000.000) por órgano/tejido, Vitalicio*, incluyendo:

- A El beneficio de hasta un máximo de ochenta mil dólares (US\$80.000) para los gastos médicos relacionados con el trasplante del Donante Vivo. Este beneficio no cubrirá el tratamiento de condiciones descubiertas durante la parte de evaluación del proceso de donación, ni algunos gastos de seguimiento posdonación, transporte, alojamiento, cuidado de niños o salarios perdidos;
- B Todo cuidado de pre Trasplante, el cual incluye aquellos servicios directamente relacionados con la evaluación que establece la necesidad del Trasplante, la evaluación del Asegurado para recibir el procedimiento del Trasplante y preparación y estabilización del Asegurado para dicho procedimiento;
- C Todo examen prequirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, exámenes de rayos X, tomografías, resonancias magnéticas, ultrasonidos, biopsias, Medicamentos por Prescripción y suministros;
- D El costo de la obtención del órgano y los tejidos, el transporte de los mismos y los gastos médicos del Donante;
- E El procedimiento para trasplantar el órgano;
- F La cobertura de un corazón artificial o los dispositivos mono o biventriculares que permitan la viabilidad del Asegurado hasta que reciba el Trasplante definitivo;
- G Todo cuidado post Trasplante directamente relacionado con el Trasplante incluyendo, pero no limitado a cualquier seguimiento, tratamiento Medicamento Necesario resultante del Trasplante y cualquier complicación que se presente después del Trasplante, ya sea como consecuencia directa o indirecta del mismo; y
- H Cualquier medicamento o medida terapéutica usada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

**El límite Vitalicio de este beneficio incluye cualquier otro monto pagado previamente bajo otro plan o Endoso de la Compañía o cualquiera de sus entidades afiliadas.*

Los siguientes requisitos serán indispensables para la cobertura de Trasplante:

- A Sea Medicamente Necesario;
- B No sea considerado electivo, Experimental o Investigativo;
- C No estén disponibles otros procedimientos y/o tratamientos opcionales que conducirían al mismo nivel de resultados y cuidados para tratar la condición médica o Enfermedad que ha causado la necesidad del Trasplante;
- D No sea provisto por o como resultado de un Trasplante en que el receptor reciba un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o que el órgano a ser trasplantado sea de un animal; y
- E No sea debido a un Trasplante inicial fallido que fue practicado antes de la Fecha de Efectividad de esta Póliza o a un Trasplante no cubierto que fue practicado después de la Fecha de Efectividad de la misma.

La Compañía debe recibir una solicitud de Preautorización en cuanto se determine que un Asegurado es candidato para un Trasplante, de manera que el mismo sea gestionado, coordinado y preautorizado por la Compañía. Para optimizar este beneficio para el Asegurado, la Compañía recomendará el uso de Proveedores de Trasplantes especiales.

Para hacer uso de este beneficio, el Asegurado debe autorizar a la Compañía a someter toda la documentación médica correspondiente al Trasplante para una Segunda Opinión Médica VIP® para determinar la Necesidad Médica y pertinencia del mismo.

No se proporcionará cobertura si se espera que el procedimiento sea inútil debido a una enfermedad comórbida; o si se espera que el cuidado postrasplante empeore significativamente las condiciones de comorbilidad; o para órganos vendidos en lugar de donados a un receptor; o para órganos artificiales; o para un servicio de trasplante de órganos humanos cuyo costo esté cubierto o financiado por asistencias gubernamentales, fundaciones u organizaciones benéficas. Si la necesidad de un Trasplante está relacionada con alguna de las exclusiones de esta Póliza, no se brindará cobertura.

No se proporcionará cobertura para servicios y/o gastos relacionados con la donación de un órgano, ni cualquier tratamiento requerido como resultado del proceso de donación cuando un Asegurado sea el Donante Vivo.

5.18 Equipo Médico Durable

Cuando sea Medicamente Necesario, el Equipo Médico Durable será

cubierto al cien por ciento (100%) UCR, siempre que el Asegurado presente la indicación de un Médico o Proveedor licenciado que justifique que el mismo ofrece un beneficio terapéutico al Asegurado. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Compañía.

Este beneficio incluye, pero no está limitado a prótesis de las extremidades, sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y andadores, siempre y cuando dicho equipo sea prescrito por un Médico y es habitualmente útil para un paciente durante la Enfermedad o Lesión. La tarifa de alquiler admisible no debe ser superior al precio de compra.

El Equipo Médico Durable excluye, entre otros, sillas de ruedas o camas accionadas por motor; dispositivos robóticos (protésicos o no), artículos de uso personal tales como accesorios de teléfono o mesas de cama, artículos utilizados para modificar la calidad o temperatura del aire, tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire); equipos desechables, bicicletas estáticas, lámparas de sol o calor, almohadillas térmicas, bidés, asientos de inodoro, asientos de bañera, baños de sauna, elevadores, baños de hidromasaje, equipos de ejercicio y/u otros artículos similares, o el costo de instrucciones para el uso o el cuidado de cualquier dispositivo médico. También se excluyen adaptaciones de Equipo Médico Durable a cualquier residencia o vehículo.

Este listado es enunciativo más no limitativo. Para determinar si un Equipo Médico Durable tiene cobertura, se debe consultar la Compañía.

5.19 Terapia física y de rehabilitación

La cobertura para este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR basado en los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables para la(s) terapia(s) particular(es) al caso, o basado en las tarifas establecidas o previamente contratadas por la Compañía en el área geográfica, país o Proveedor específico en el cual el Asegurado reciba dichos servicios. En todos los casos, la Compañía debe recibir el plan de tratamiento junto con los honorarios estimados, así como evidencia de la Necesidad Médica del mismo. La cobertura para este cuidado o tratamiento debe ser preautorizada por la Compañía.

La Compañía evaluará aprobar la extensión del tratamiento si fuera Medicamente Necesario.

5.20 Tratamientos especializados

Este beneficio ofrece cobertura de hasta un máximo de cinco mil dólares (US\$5.000) por Asegurado, por Año Póliza para:

Apnea del sueño y/o trastornos del sueño

Cualquier procedimiento o tratamiento hospitalario o ambulatorio relacionado con apnea del sueño y cualquier otro trastorno del sueño.

Terapia ocupacional y terapia de lenguaje

Terapias o tratamientos Médicamente Necesarios, siempre y cuando la condición a tratar ocurra durante el Período de Efectividad de esta Póliza.

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.21 Condiciones Congénitas y/o Hereditarias

El beneficio para cualquier Desorden Congénito y/o Hereditario que se manifieste antes del decimotercero (13) cumpleaños del Asegurado es de hasta un máximo de dos millones de dólares (US\$2.000.000) Vitalicios.

En caso de partos múltiples cubiertos por esta Póliza, cada Recién Nacido tendrá derecho al máximo Vitalicio de este beneficio, siempre y cuando sea incluido en la Póliza de acuerdo a las estipulaciones descritas.

Los beneficios por Desórdenes Congénitos y/o Hereditarios que se manifiesten por primera vez a partir de los dieciocho (18) años de edad del Asegurado elegible, serán cubiertos al cien por ciento (100%) UCR.

Este beneficio incluye Terapias Génicas necesarias para el tratamiento de cualquier Enfermedad congénita o hereditaria. También incluye hasta un máximo de cuarenta mil dólares (US\$40.000) por Asegurado, Vitalicio, para implantes cocleares.

Estos beneficios excluyen a aquellos Asegurados que sean producto de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o de procedimientos para el tratamiento de la fertilización asistida.

5.22 Terapia Génica

La cobertura para Terapias Génicas es de hasta un máximo de un millón de dólares (US\$1.000.000) por Asegurado, por Año Póliza, para tratamientos médicos que utilizan genes para tratar diversas Enfermedades, incluyendo, pero no limitado a la Terapia Génica Somática, la Terapia Génica in vivo y la Terapia Génica ex vivo (células T CAR), entre otras.

Este beneficio se ofrece a través de los Proveedores de Terapias Génicas de la Compañía para optimizar el beneficio al Asegurado y debe ser coordinado y aprobado previamente por la Compañía. La cobertura está limitada a las terapias aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus

siglas en inglés) a partir del 1 de julio de 2025.

Las Terapias Génicas para Condiciones Congénitas y/o Hereditarias serán cubiertas de acuerdo con la Sección 5.21 de esta Póliza.

5.23 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

La cobertura para este beneficio es de hasta un máximo de un millón de dólares (US\$1.000.000) Vitalicio. Esta cobertura está sujeta a que los anticuerpos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana o del virus de SIDA no hayan sido detectados antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza, así como tampoco en los primeros veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha de Efectividad de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.24 Cirugía bariátrica y de bypass gástrico por obesidad y/o Medicamentos para la pérdida de peso

La cobertura para este beneficio es de hasta un máximo de quince mil dólares (US\$15.000) Vitalicio, por Póliza. Este beneficio está sujeto a un Período de Espera de veinticuatro (24) meses.

Este beneficio incluye gastos para la cirugía bariátrica o de bypass gástrico, cualquier complicación que pueda derivarse de este procedimiento y/o Medicamentos para la pérdida de peso, así como cualquier complicación de una cirugía bariátrica previa realizada antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza por el resto del tiempo que esté asegurado con esta Póliza o bajo cualquier otro plan que tuviera con la Compañía o cualquiera de sus afiliadas.

La Compañía debe recibir una solicitud de Preautorización para el Medicamento o procedimiento en cuanto el Asegurado sea informado que ha sido calificado como candidato para recibir cualquiera de estos tratamientos, y que cumple, entre otros requisitos, con un índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) de treinta y cinco (35) o más, o treinta (30) o más con comorbilidades. Este beneficio, incluyendo todo lo relacionado con el procedimiento, debe ser notificado y coordinado por adelantado con la Compañía. En caso que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante dos (2) años a partir de la fecha de aprobación del cambio de plan.

5.25 Tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos de los pies

La cobertura para el beneficio de tratamientos quirúrgicos sintomáticos o relacionados con los pies, sean infecciones, tumores o traumas, es del cien por ciento (100%) UCR. Cualquier otra condición no inherente a los pies o Accidente que afecte los pies, recibirá cobertura dentro de los beneficios generales de la Póliza.

Este beneficio está sujeto a un Período de Espera de veinticuatro (24) meses y la Compañía debe recibir una solicitud de Preautorización para su aprobación previa.

Este beneficio excluye cualquier tratamiento no quirúrgico de Enfermedades de los pies, tales como callos, callosidades, juanetes hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y otros trastornos sintomáticos de los pies incluyendo, pero no limitado a pedicuras, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros soportes especiales de cualquier tipo o forma.

5.26 Cirugía reconstructiva

La cirugía reconstructiva se cubrirá siempre y cuando sea

Medicamente Necesaria y como resultado de un Accidente, deformidad o condición médica que esté cubierta bajo los términos de esta Póliza.

Deformidad nasal o del septum (tabique nasal)

En caso de tratamiento requerido por malformaciones nasales o del septum (tabique nasal), se cubrirá si la condición fue causada por traumatismo recibido durante un Accidente cubierto por la Póliza o por el tratamiento de cáncer nasal.

En todos los casos, la Compañía puede requerir copia de los informes, pruebas, imágenes, discos o cualquier otra información necesaria para evaluar el caso.

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

Diez (10) meses de Período de Espera. No aplica Deducible.

5.27 Cuidados de maternidad (opciones I, II y III)

- A El beneficio para cuidados de maternidad es de hasta un máximo de ocho mil dólares (US\$8.000) por embarazo, sin Deducible, incluyendo los gastos pre y postnatales.
- B Si los gastos por la Hospitalización del parto ocurren dentro de la red Special Maternity Network®, este beneficio aumentará automáticamente para cubrir el parto en su totalidad, siempre y cuando el embarazo haya sido coordinado y pre aprobado por la Compañía. Los gastos pre y postnatales están incluidos en el beneficio regular de ocho mil dólares (US\$8.000) para parto natural y en el de diez mil dólares (US\$10.000) para parto por cesárea.
Los partos de un embarazo resultante de tratamientos de fertilidad estarán cubiertos hasta el beneficio máximo de cuidados de maternidad, pero no se considerará una Maternidad Cubierta para ningún otro beneficio de esta Póliza como servicios para Complicaciones de la Maternidad o del Nacimiento y la inclusión automática del Recién Nacido en la Póliza.
- C Para partos por cesárea cuya indicación sea una cesárea previa, que se realice en un Hospital dentro o fuera de la red Special Maternity Network®, el beneficio máximo es de diez mil dólares (US\$10.000) por cesárea, sin Deducible. En caso de una cesárea considerada como una Complicación de la Maternidad, esta tendrá cobertura de acuerdo a lo estipulado en la Sección 5.29 de esta Póliza.
- D La cobertura de maternidad siempre conlleva diez (10) meses de Período de Espera, aun cuando los treinta (30) días del Período de Espera de la cobertura de esta Póliza hayan sido exonerados.
- E En caso de Compañeras Domésticas o dos (2) mujeres casadas, solo una (1) de ellas tendrá derecho a los beneficios de Maternidad en un mismo Año Póliza. El beneficio de Maternidad bajo esta Póliza es solo para las Aseguradas que califiquen. No está disponible para Asegurados ni para madres subrogadas.

- F **Cobertura de maternidad para hijas Dependientes:** el Período de Espera de diez (10) meses del beneficio de cuidados de maternidad será exonerado para las hijas Dependientes hasta los veinticuatro (24) años, que hayan estado aseguradas en la Póliza de sus padres por un período superior a diez (10) meses y soliciten su propia Póliza, la cual será aprobada bajo los mismos términos de la cobertura que tiene como Dependiente y siempre y cuando pague la prima anual correspondiente. El beneficio de Complicaciones de la Maternidad y del Nacimiento no estará disponible para hijas Dependientes al adquirir su propia póliza bajo estos términos. Para optar por el mismo, deberán cumplir el Período de Espera de diez (10) meses al adquirir su propia Póliza, que inicia en la Fecha de Efectividad de la misma.
- G Los beneficios de maternidad incluyen partos normales, partos por cesárea, cuidados prenatales y cuidados postnatales, incluyendo la circuncisión, por hasta treinta (30) días de la fecha del alta.

5.28 Extracción y almacenamiento de Células Madres (opciones I, II y III)

La cobertura para la obtención y almacenamiento de las Células Madres del cordón umbilical es de hasta un máximo de dos mil dólares (US\$2.000) por embarazo, sin Deducible, siempre y cuando sea una Maternidad Cubierta por esta Póliza.

5.29 Complicaciones de la Maternidad y del Nacimiento (opciones I, II y III)

La cobertura para Complicaciones de la Maternidad y del Nacimiento, según se define en esta Póliza, es de hasta un máximo de un millón de dólares (US\$1.000.000) Vitalicios por Póliza, sin Deducible. Este beneficio está sujeto a un Período de Espera de diez (10) meses.

La detección de una complicación durante el embarazo se basa en el seguimiento médico que detecta una desviación del proceso normal.

Existen varios indicadores para determinar una complicación, que son resultado del seguimiento médico durante el embarazo o el parto, y que detallan el estado del feto, el estado del cuello uterino y el estado de la madre.

Este beneficio termina al dar de alta a la madre, en caso de Complicaciones de la Maternidad, o al Recién Nacido, en caso de Complicaciones del Nacimiento, o en noventa (90) días, lo que ocurra primero, si no se inscribe al recién nacido dentro del plazo establecido.

Este beneficio no aplica a condiciones que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o cualquier otro tipo de procedimiento de fertilidad asistida, ni a embarazos no cubiertos por esta Póliza.

Exclusiones*

Reposos prescritos por un médico y licencias médicas que no requieran hospitalización, así como cualquier otra sintomatología propia y típica del embarazo; una cesárea electiva o una cesárea posterior a una cesárea previa; flujo vaginal con sangre; cuidado o tratamiento de una Enfermedad crónica no relacionada con el embarazo, aun cuando se requiera atención o tratamiento especial o específico durante el período de gestación; complicaciones de embarazos que sean producto de tratamientos de fertilidad; y las complicaciones de un embarazo no cubierto por esta Póliza no se considerarán Complicaciones de la Maternidad.

**Esta lista no es concluyente. Es posible que se deban considerar otras situaciones según la evolución médica del embarazo, el parto, y exámenes adicionales.*

5.30 Cobertura gratuita para Dependientes nacidos de una Maternidad Cubierta (opciones I y II)

Esta Póliza provee cobertura gratuita para un máximo de dos (2)

niños nacidos en la Póliza de una Maternidad Cubierta por este plan (solo en las opciones I y II), hasta los diez (10) años de edad, siempre y cuando ambos padres estén cubiertos bajo esta Póliza. Si solo la madre está cubierta bajo esta Póliza, este beneficio proveerá cobertura gratuita solo para un (1) niño.

Si la inscripción no se realiza dentro del plazo de los noventa (90) días, el beneficio expira y se debe completar una Solicitud para el Recién Nacido para la evaluación de riesgos, y pagar la prima correspondiente para Asegurados Dependientes. Al cumplir los diez (10) años de edad, se deberá pagar una prima por el Dependiente en la Fecha de Vencimiento de la Póliza.

5.31 Tratamiento de fertilidad (opciones I y II)

La cobertura para el procedimiento y tratamiento de fertilidad, incluyendo diagnóstico, es de hasta un máximo de cinco mil dólares (US\$5.000) por Póliza, Vitalicios, después del Deducible correspondiente.

En el caso de Compañeras Domésticas del mismo sexo, solo una (1) de ellas tendrá derecho al beneficio de tratamiento de fertilidad. Este beneficio está sujeto a un Período de Espera de veinticuatro (24) meses.

Esta Póliza cubre el parto de embarazos que sean resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad, pero no cubre beneficios de Complicaciones de la Maternidad o del Nacimiento, ni la inclusión automática a Recién Nacidos producto de un tratamiento de fertilidad. Para ser incluidos en la Póliza, se deberá completar una Solicitud y pasar por una evaluación de riesgos.

BENEFICIOS DE EVACUACIÓN MÉDICA

5.32 Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea y/o Terrestre

Ambulancia Aérea

La cobertura del beneficio de transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea es del cien por ciento (100%) UCR, sin Deducible. Este beneficio aplica estrictamente para casos de Emergencia.

En caso que el transporte por Ambulancia Aérea de un paciente pudiera ser conveniente o recomendado, pero que no califica como Emergencia, tal como se define en esta Póliza, no tendrá cobertura bajo este beneficio.

Cobertura para viaje de regreso

Este beneficio incluye hasta un máximo de dos mil dólares (US\$2.000)

por persona para cubrir el pasaje aéreo de regreso del Asegurado y un acompañante al lugar desde donde el Asegurado fue evacuado por ambulancia aérea, siempre y cuando el retorno sea realizado dentro de los noventa (90) días después del alta y sea coordinado por la Compañía.

Los siguientes requisitos serán indispensables para la aprobación del beneficio de transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea:

- A El tratamiento de Emergencia requerido sea para una condición o Accidente cubierto por la Póliza;
- B La vida del Asegurado esté en peligro de muerte o de pérdida de alguna de sus extremidades;
- C El tratamiento requerido no pueda brindársele o no está disponible de alguna manera en el área o lugar donde se encuentre el Asegurado;

- Dicho transporte sea provisto por una entidad licenciada para esos propósitos, con personal y equipos calificados;
- El transporte se autorizará hasta el Hospital más cercano donde el Asegurado pueda recibir tratamiento por entidades calificadas; y
- El transporte por Ambulancia Aérea debe ser preautorizado y coordinado con antelación por la Compañía. No se brindará ningún beneficio si la Compañía no recibe una solicitud de Preautorización y coordinación de este servicio de Emergencia.

Ambulancia Terrestre

La cobertura para el beneficio de transporte de Emergencia por Ambulancia Terrestre es del cien por ciento (100%) UCR, sin Deducible. El Asegurado, al aceptar estos servicios de transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea o Terrestre, exonera a la Compañía y a sus compañías afiliadas, por cualquier Negligencia resultante de dichos servicios de transporte, así como por demoras o restricciones causadas por problemas mecánicos o restricciones gubernamentales y errores, omisiones o Negligencias por parte del piloto, chofer o la tripulación o el personal médico a bordo, o debido a condiciones operacionales, atmosféricas, de fuerza mayor o de cualquier otro tipo.

5.33 Repatriación de restos mortales y servicios de cremación

En caso que el Asegurado falleciera fuera de su País de Residencia, la Compañía pagará el cien por ciento (100%) UCR por la repatriación de sus restos a su País de Residencia, siempre y cuando su fallecimiento haya sido resultado de una condición cubierta por esta Póliza. Este beneficio no está disponible para mortinato o feto muerto.

Esta cobertura está limitada a los costos básicos incurridos en el proceso de repatriación o en el proceso de cremación de los restos, incluyendo un contenedor básico legalmente aprobado para la transportación, los costos de envío y las autorizaciones necesarias del gobierno, según los requisitos de las autoridades, y excluye transportación de los restos por Ambulancia Aérea o cualquier transporte privado.

Este beneficio es considerado secundario a cualquier otro beneficio de repatriación de restos mortales o cremación que el Asegurado tuviera derecho bajo otra cobertura, sea de viaje o cualquier otra póliza, independiente al beneficio ofrecido por esta Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía para recibir cobertura.

OTROS BENEFICIOS

5.34 Tratamiento de Lesiones durante el entrenamiento o la práctica de Actividades de Alto Riesgo y Deportes Profesionales

La cobertura para este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR para gastos médicos originados por Lesiones causadas durante el entrenamiento o la práctica de Actividades de Alto Riesgo y/o Deportes Profesionales.

5.35 Cobertura dental de Emergencia

La cobertura para este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR para Lesiones resultantes de un Accidente cubierto. El tratamiento debe ser suministrado dentro de los primeros ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha del Accidente. Este beneficio está limitado al tratamiento necesario para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos que hayan sido dañados y/o perdidos en un Accidente cubierto.

5.36 Cirugía refractiva

La cobertura de este beneficio es de ochocientos dólares (US\$800) por ojo, por Asegurado, Vitalicio. Este beneficio está sujeto a un Período de Espera de veinticuatro (24) meses y debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.37 Cuidados Paliativos en caso de enfermedades terminales

La cobertura de este beneficio es del cien por ciento (100%) UCR para ofrecer servicios paliativos a pacientes con Enfermedades terminales cubiertas por esta Póliza, con un diagnóstico médico certificando que se trata de una Enfermedad terminal con una expectativa de vida para el Asegurado de ciento ochenta (180) días o menos.

Este servicio debe ser proporcionado por un equipo de profesionales bajo supervisión médica y debe ser prestado en un hospicio debidamente acreditado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.38 Cobertura gratuita en caso de fallecimiento del Asegurado Titular

En caso de que el Asegurado Titular falleciera, los Dependientes cubiertos bajo la Póliza tendrán cobertura gratuita por un período de dos (2) años después del último período pago de la Póliza, siempre y cuando la causa del fallecimiento haya sido por una condición o Accidente cubierto por esta Póliza. Al optar por este beneficio, los Dependientes aceptan que la prima no devengada del Titular fallecido no será reembolsada.

Este beneficio cubre solamente el monto de prima para los Asegurados Dependientes que estuvieran bajo la Póliza al momento

del fallecimiento del Asegurado Titular y terminará automáticamente en la siguiente renovación, en caso de que el Cónyuge superviviente contraiga matrimonio o para los Dependientes que dejen de ser elegibles como tales y a los cuales se les pueda emitir su propia Póliza. Este beneficio no cubre costos adicionales si se solicita alguna modificación de la cobertura existente.

5.39 Eliminación/reducción del Deducible

El Asegurado que no alcance el Deducible por un período de tres (3) Años Póliza consecutivos tendrá derecho a la eliminación del Deducible anual a partir del cuarto (4to) Año Póliza en las opciones I, II, III y IV de esta Póliza,

Para las opciones V y VI de esta Póliza, el Asegurado tendrá derecho a una reducción en el Deducible del cincuenta por ciento (50%) por Asegurado, durante un (1) Año Póliza después del tercer (3er) Año Póliza sin alcanzar el Deducible.

Este beneficio puede ser utilizado en cualquier Año Póliza subsecuente, a partir del cuarto (4to) Año Póliza después de haber cumplido con los requisitos para acceder al beneficio.

Durante cualquier Año Póliza subsecuente al recibo de este beneficio, el pago del Deducible será requerido y el Asegurado tendrá que esperar otros tres (3) Años Póliza consecutivos sin haber alcanzado el Deducible para tener derecho a la eliminación o reducción del Deducible nuevamente. Los reclamos que no hayan sido cubiertos, así como los beneficios sin Deducible, como chequeo médico preventivo, maternidad, telemedicina y visitas a clínicas de conveniencia, no se tomarán en cuenta como un reclamo, para los fines de este beneficio.

Este beneficio solamente aplica para el Deducible anual de la Póliza y no para cualquier otro Deducible adicional que el Asegurado pueda tener.

5.40 Eliminación del Deducible en caso de un Accidente Serio (todas las opciones)

El Deducible anual se eliminará con respecto al primer tratamiento médico hospitalario de urgencia que requiera una Hospitalización urgente, según el protocolo estándar de atención, de un Asegurado que haya sufrido un Accidente Serio (según se define en esta Póliza), en cualquier lugar del mundo, siempre y cuando reciba atención médica de urgencia en las primeras veinticuatro (24) horas después del Accidente Serio.

Cualquier Hospitalización o servicio médico posterior relacionado o no al Accidente Serio, estará sujeto al Deducible del plan seleccionado.

Este beneficio debe ser coordinado con el Equipo de Notificaciones de la Compañía que realizará el pago directo. Este beneficio no está disponible mediante reembolso.

La Compañía se reserva el derecho de negar esta exención del Deducible si la Hospitalización no se considera necesaria según el protocolo estándar de atención para el Accidente sufrido por el Asegurado.

5.41 Transferencia de Deducible cubierto

Cualquier gasto cubierto en que incurra el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del Año Póliza, el cual haya sido usado para satisfacer el Deducible de dicho Año Póliza, será trasladado al próximo Año Póliza y utilizado para satisfacer el Deducible de ese Asegurado para dicho año.

En caso que el Asegurado tenga un Deducible adicional, los montos aplicados al Deducible adicional en los últimos tres (3) meses antes de la Fecha de Aniversario de la Póliza no se reconocerán para la transferencia al siguiente Año Póliza.

5.42 Segunda Opinión Médica VIP®

El servicio de Segunda Opinión Médica VIP® de VUMI® brinda a los Asegurados acceso a la opinión de expertos médicos de primer nivel desde la comodidad de su hogar. Los médicos más adecuados para la condición médica evaluarán el caso basándose únicamente en el historial médico del Asegurado y la información que condujo al diagnóstico inicial. Este servicio no incluye una consulta presencial con ninguno de los médicos que emiten su opinión.

Para optar por este servicio, el Asegurado debe completar, firmar y enviar el formulario, junto con el historial médico, el diagnóstico, las pruebas realizadas, una copia de su pasaporte o documento de identidad y cualquier otra documentación relevante para el caso, a secondopinionvip@vumigroup.com.

IMPORTANTE: Las recomendaciones de Segunda Opinión Médica VIP® no alteran, modifican ni anulan los términos, condiciones ni exclusiones de esta Póliza. Todos los reclamos y determinaciones de cobertura están sujetas a las disposiciones específicas descritas en las Condiciones de Cobertura de la Póliza.

SECCIÓN 6. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza excluye cobertura para tratamientos, gastos, servicios,

causas y complicaciones relacionados con:

6.1 Exclusiones de atención médica, medicamentos no autorizados y tratamientos experimentales

A Tratamientos que no sean Medicamento Necesarios y atención médica que no es recetada ni recomendada por un médico: Cualquier servicio, gasto, tratamiento, Lesión o Enfermedad, o los costos relacionados con servicios o suministros que no sean Medicamento Necesarios; o proporcionados o prescritos a un Asegurado que no esté bajo el cuidado de un Médico o profesional médico legalmente acreditado en la Región o país en el que practique; o no ha sido prescrito por un Médico o profesional médico.

B Medicina alternativa: Cuidado homeopático o alternativo.

C Procedimientos Investigativos o experimentales: Tratamientos que no estén científicamente reconocidos o estén todavía en la fase Investigativa o de ensayo clínico, así como aquellos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés).

Solo los servicios, gastos o Medicamentos aprobados por la entidad correspondiente donde se presten o prescriban son elegibles para compensación. Los Asegurados que reciban servicios en regiones no sujetas a la EMA de la Unión Europea están sujetos únicamente a las regulaciones de la FDA de EE. UU.

D Medicamentos no aprobados médicamente: Cualquier medicamento que no esté científica o médicamente aprobado para un diagnóstico específico, o que se considere como uso fuera de etiqueta o Experimental; o el uso de combinaciones que generalmente no son aceptadas por la comunidad científica, incluso cuando un Médico en particular lo prescriba y/o aquellos no aprobados para el tratamiento de la condición específica del Asegurado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés).

E Medicamentos Experimentales que sean parte de un tratamiento experimental: Medicamentos por Prescripción que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés), para la condición específica del Asegurado, pero que es usado como parte de un tratamiento Experimental.

F Complicaciones causadas por tratamientos Experimentales: Cualquier costo de un servicio o tratamiento en el que incurra el

Asegurado debido a cualquier complicación que surja o resulte de algún tratamiento experimental que reciba, o por cualquier tratamiento posterior que el Asegurado pueda necesitar como resultado de someterse a cualquier tratamiento experimental o el uso de medicamentos no autorizados o mezclas de medicamentos.

G Medicamentos sin prescripción: Cualquier medicamento, insumo o equipo médico que pueda ser adquirido sin receta, médica, conocidos como medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), aun cuando hayan sido recomendados por un médico, incluyendo, pero no limitado a suplementos alimenticios a consecuencia de intolerancias digestivas; inhibidores del apetito; vitaminas; téis; o medicamentos o productos de antienviejecimiento o para el crecimiento del cabello.

H Tratamientos durante el Período de Espera de treinta (30) días: Cualquier gasto médico que no esté relacionado con una Enfermedad de Origen Infeccioso o Accidente que ocurra dentro de los primeros treinta (30) días de la Fecha de Efectividad de esta Póliza, a no ser que el Período de Espera haya sido exonerado.

I Tratamientos prestados fuera del período de efectividad de la Póliza: Reclamos y costos por servicios médicos con fecha de servicio posterior a la Fecha de Vencimiento de la Póliza que estén relacionados con Accidentes, Enfermedades o maternidades que se originen durante la vigencia de la Póliza, a menos que la Póliza haya sido renovada antes del vencimiento del Período de Gracia. Esto incluye cualquier parte de una prescripción cubierta que se utilizará después del vencimiento del período de efectividad actual de la Póliza.

J Tratamientos para Condiciones Preexistentes no declaradas: Cualquier Condición Preexistente no declarada en la Solicitud. Esto también incluye cualquier causa, complicación y tratamiento relacionado con cualquier condición individual excluida en esta Póliza.

K Exámenes de rutina: Cualquier examen rutinario como parte de un estudio preventivo que no esté especificado en la Tabla de Beneficios; exámenes rutinarios del oído y de los ojos; servicios de Optometría, anteojos y lentes de contacto; tratamientos profilácticos; pérdida de la audición; y la expedición de certificados médicos y/o exámenes de aptitud para el trabajo o para viajar, excepto según está específicamente previsto en las Secciones 5.8, 5.16 y 5.36 de esta Póliza.

L Tratamientos estéticos o cosméticos: Cualquier tipo de cirugía cosmética o electiva, o tratamientos cuyos propósitos principales sean estéticos, excepto en casos que sean necesarios debido a

una Lesión, o una Enfermedad que causó una deformidad que afecte una función corporal, ocurrida debido a una condición cubierta y durante la vigencia de esta Póliza. Esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique, excepto según está específicamente previsto en la Sección 5.26 de esta Póliza.

Complicaciones que resulten de servicios no cubiertos, así como el diagnóstico o tratamiento de cualquier condición que surja como una complicación de un servicio no cubierto, incluyendo, entre otros, los servicios prestados con fines cosméticos incluyendo el trasplante de cabello; tratamientos para la alopecia; piercing en cualquier parte del cuerpo; y reducciones e implantes mamarios.

- M** Tratamientos para la salud mental: Servicios para trastornos mentales y nerviosos y Medicamentos por Prescripción relacionados; trastornos del desarrollo neurológico, excepto si se requieren para tratar una complicación de una condición cubierta, según está definido en los términos y condiciones de esta Póliza y excepto lo que provee específicamente la Sección 5.6 de esta Póliza.
- N** Tratamientos de Complicaciones de la Maternidad o del Nacimiento para una Maternidad no Cubierta: Cualquier costo para el tratamiento de la madre o del Recién Nacido relacionado con una Maternidad no Cubierta, incluyendo cualquier complicación, así como gastos de Complicaciones de la Maternidad para hijas Dependientes.

Cualquier costo para Complicaciones de la Maternidad y las Complicaciones del Nacimiento en las opciones IV, V, VI y VII de esta Póliza. Cualquier terminación voluntaria de un embarazo (legal o ilegal), a no ser que sea prescrito debido a que la vida de la madre esté en peligro inminente, o en caso de una violación legalmente reportada a las autoridades correspondientes.

- O** Gastos médicos para la esterilización, tratamientos de fertilización: Cualquier porción de un gasto médico incurrido en la esterilización masculina o femenina; reversión de la esterilización; control de la natalidad; tratamientos de infertilidad; inseminación artificial; servicios de fertilización in vitro; pruebas, tratamientos y/o procedimientos de cualquier tipo, incluidos, entre otros, medicamentos para la fertilidad/infertilidad, incluyendo medicamentos para regular el ciclo menstrual/ovulación con fines de planificación familiar; inseminación artificial; fertilización in vitro; transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés); transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés); madre sustituta; y todos los demás procedimientos y servicios relacionados con la fertilidad y la infertilidad, a menos que estén expresamente cubiertos por el plan.

Cualquier embarazo resultante de dichos tratamientos, complicaciones de ese embarazo y atención posparto, a menos que se indique en la Tabla de Beneficios de la Póliza. El parto estará cubierto hasta el beneficio máximo de cuidados de maternidad especificado en la Tabla de Beneficios, pero no se considerará una Maternidad Cubierta para ningún otro beneficio de esta Póliza como servicios para Complicaciones de la Maternidad o del Nacimiento y la inclusión automática del Recién Nacido en la Póliza.

Cualquier consecuencia o condición sufrida por la madre o el Recién Nacido como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilización; servicios de reasignación, reproducción o modificación sexual, incluyendo la terapia hormonal, cirugía intersexual, desviaciones y trastornos sexuales; o disfunciones psicosexuales.

Cualquier tipo de Pruebas Genéticas incluyendo, pero no limitado a pruebas para determinar la paternidad o el sexo de un niño, excepto Pruebas Genéticas requeridas para el tratamiento de condiciones compensables, según lo determine y lo que apruebe la Compañía con antelación.

Tratamientos o prótesis utilizados para mejorar o restaurar la potencia u otras deficiencias sexuales; prótesis testicular y/o la inserción de una prótesis de pene, excepto cuando sea necesario para el tratamiento de la impotencia neurogénica o vasculogénica causada por una condición médica que ha durado más de un (1) año, incluyendo pero no limitado a una Lesión/Enfermedad de la médula espinal, esclerosis múltiple, espina bífida, diabetes, prostatectomía radical, cirugía rectal, Enfermedad arterial intrapeneana, absceso cavernoso o Enfermedad de Peyronie (no asociado a un Accidente).

- P** Tratamientos para la obesidad y control de peso: Cualquier tratamiento, gasto o servicio para prevenir la obesidad o para el control de peso, sea pérdida o aumento de peso y cualquier alteración del crecimiento de la talla corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, excepto según lo previsto en la Sección 5.24 de esta Póliza.
- Q** Hormonas de crecimiento: Tratamientos con hormonas para el crecimiento o estimuladores del crecimiento óseo, o cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin importar la razón por la cual haya sido prescrito.
- R** Tratamiento dental o de ortodoncia: Cualquier tratamiento dental o de ortodoncia incluyendo, pero no limitado a anomalías del maxilar superior, desórdenes del maxilar superior, la mandíbula o la articulación mandibular incluyendo, pero no limitado a

anomalías y malformaciones de la misma, el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés), desórdenes cráneo-mandibulares o cualquier otra condición de la mandíbula o de las articulaciones que unen a la misma con el cráneo, así como otros tejidos que estén vinculados con dichas articulaciones, excepto según lo previsto en la Sección 5.35 de esta Póliza para tratamientos accidentales.

6.2 Exclusiones de servicios al paciente

- A** Preadmisión a un Hospital por más de veintitrés (23) horas: Cualquier admisión a un Hospital por más de veintitrés (23) horas el día antes de una cirugía programada, o la admisión a un Hospital para recibir servicios médicos ambulatorios, a menos que haya sido pre aprobada por la Compañía.
- B** Asistentes médicos adicionales: La participación de más de un (1) asistente médico, quirúrgico o instrumentista en una cirugía, a menos que haya sido aprobado con antelación por la Compañía.
- C** Gastos excesivos a lo UCR: Cualquier porción de un gasto médico que exceda los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés) o los montos negociados por la Compañía con Proveedores específicos. Aun cuando el beneficio esté cubierto al cien por ciento (100%), estará sujeto a estas limitaciones.
- D** Cuidados prolongados: Tratamientos en centros de salud mental o instituciones psiquiátricas; hogares de ancianos; servicios de atención domiciliar que se extienda del tiempo razonable para curar o sanar una condición; centros de vivienda asistida; centros de convalecencia u hospicios; Centros de Cuidados a Largo Plazo o asistencia prolongada; hidro clínicas; spas de salud; y membresías de gimnasios, excepto lo previsto en las Secciones 5.6 y 5.37 de esta Póliza.
- E** Servicios de asesoramiento: Cualquier gasto relacionado con terapia recreacional o educacional; asesoramiento sobre relaciones matrimoniales; servicios de agencias de adopción; consejería pastoral; consejería familiar, social, ocupacional, religiosa u otra inadaptación social; trastornos crónicos de comportamiento; codependencia; trastornos de control de impulsos; trastornos orgánicos; dificultades de aprendizaje; síndromes hipercinéticos. Esto incluye cualquier Medicamento por Prescripción recetado para el tratamiento asociado con cualquiera de las condiciones mencionadas.
- F** Cuidados de Custodia: Asistencia en rutinas domésticas o para aseo personal; cualquier otro servicio personal ofrecido para la comodidad, incluyendo, entre otros, servicios de belleza y

peluquería, radio y televisión, comidas y alojamiento de huéspedes, cargos telefónicos, suministros para el hogar, masajes y gastos de viaje que no sean servicios de Ambulancia de Emergencia Medicamente Necesarios proporcionados específicamente en esta Póliza.

- G** Cargos por tratamientos brindados por familiares directos: Cargos por servicios médicos prestados por un familiar inmediato o un miembro del hogar del Asegurado, aun cuando la factura o el reclamo haya sido presentado por otra persona o entidad como una sociedad o corporación profesional.

Esta exclusión también impide que un Asegurado que también sea médico se trate a sí mismo(a) y presente reclamos para dicha cobertura. A los efectos de esta exclusión, familiar inmediato significa cualquiera de los siguientes: esposo o esposa; padre, hijo o hermano biológico o adoptivo; padrastro, hijastro, hermanastro; suegro, yerno, nuera o cuñado; abuelo o nieto; cónyuge del abuelo o nieto.

La Compañía se reserva el derecho de autorizar el tratamiento brindado por el familiar o el uso de las instalaciones del Proveedor.

- H** Cuidados podiátricos: Cuidados rutinarios de los pies, así como cualquier servicio o suministro relacionado con la atención médica incluyendo, pero no limitado al tratamiento de pies planos, arcos débiles y distensión crónica del pie; eliminación de verrugas, callos o durezas; zapatos especiales; cualquier inserciones ortopédicas de cualquier tipo; pedicuras o cortes de uñas.

6.3 Exclusiones de Equipo Médico e insumos

- A** Equipo de riñón artificial: Cualquier equipo de riñón artificial portátil o de uso doméstico.
- B** Órganos artificiales o de animales, crio preservación y almacenamiento de tejidos y Células Madre: Cualquier gasto relacionado con la adquisición e implante de un corazón artificial u órganos de animales; la crio preservación; el almacenaje de medula ósea, tejidos, Células Madre o sangre del cordón umbilical por más de veinticuatro (24) horas, con la excepción de un examen para determinar un diagnóstico y excepto según lo previsto en la Sección 5.28 de esta Póliza.
- C** Equipo Médico Durable duplicado: Cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de un dispositivo o Equipo Médico indicado para un mismo propósito, así como el extravío de Equipos Médicos Durables, reparación o reemplazo de los mismos, excepto cuando su ciclo de vida haya expirado, pero solo cuando dichos

equipos fueron originalmente cubiertos por esta Póliza.

6.4 Exclusiones de riesgos excepcionales

- A** Comportamiento Imprudente: Servicios, cuidados y tratamiento, sin limitaciones, incurridos en relación con Lesiones que ocurrieron por un Comportamiento Imprudente, Negligencia, Negligencia Grave o Mal Comportamiento Intencional del Asegurado, según lo determine la Compañía.
- B** Encuentros con animales salvajes: Lesiones o gastos que resulten o surjan de encuentros con animales salvajes en cualquier circunstancia.
- C** Comportamiento que altere el orden público: Lesiones o gastos que se generen por participar en peleas, incluyendo en las que participen miembros de la familia del Asegurado, a no ser que el Asegurado esté actuando legítimamente en defensa propia, según lo determine un tribunal de justicia.
- D** Actos criminales: Lesiones y/o Enfermedades que resulten, surjan u ocurran durante la comisión o perpetración de una violación de la ley por parte del Asegurado.
- E** Auto exposición a Lesiones: Tratamiento por cualquier pérdida o gasto de cualquier naturaleza que surja directa o indirectamente, contribuya, sea causado, resulte o esté relacionado con la auto exposición al peligro o Lesión corporal, o el desprecio por los derechos y la seguridad de sí mismo o de los demás, excepto en un esfuerzo por salvar una vida humana.
- F** Enfermedad o Lesión autoinfligida: Tratamiento para cualquier condición como resultado de Enfermedades o Lesiones autoinfligidas, suicidio o intento de suicidio, estando cuerdo o demente, o servicios aéreos de Emergencia relacionados con los mismos.
- G** Abuso de sustancias: Tratamientos para el alcoholismo, abuso de solventes, abuso de drogas o condiciones adictivas de cualquier tipo, y tratamiento de cualquier Enfermedad que surja directa o indirectamente del abuso o adicción al alcohol o las drogas. Esto incluye, pero no está limitado al tratamiento de cualquier Lesión causada, contribuida o resultante del uso de alcohol, drogas ilegales o cualquier droga o medicamento por cuenta del Asegurado que no se tome en la dosis o para el propósito prescrito por el médico del Asegurado.
- H** Gastos cubiertos por terceros: Servicios de salud que resulten de Lesiones corporales accidentales que surjan de un Accidente automovilístico, de embarcación o avión, o cualquier otro tipo

de Accidente, sea en transporte público o privado, empresarial, residencial, etc., donde el incidente que lesione al Asegurado esté cubierto por cualquier tipo de seguro, privado o público, sin importar si el Asegurado demanda a un tercero por responsabilidad. Atención y tratamiento por cualquier Lesión, Enfermedad o condición por la cual el Asegurado recibe beneficios bajo cualquier ley de compensación para trabajadores, póliza de responsabilidad del empleador o cualquier póliza similar:

- I** Gastos de servicios o tratamientos médicos para Epidemias o Pandemias declaradas: Cualquier tratamiento médico sujeto a la gestión de las autoridades públicas, incluyendo tratamientos y servicios relacionados con Enfermedades infecciosas declaradas como Epidemia o emergencia pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), o cualquier otro gobierno, agencia gubernamental u órgano rector del país donde se produjo la Epidemia. Además, dicha cobertura también está excluida si el Departamento de Estado u oficina similar; la(s) Embajada(s) del país(es) afectado(s), la aerolínea u otra agencia gubernamental han emitido una advertencia oficial contra viajes a la zona o región antes de viajar al país afectado, excepto cuando la exposición ocurra accidentalmente o sin saberlo mientras viaja hacia o desde áreas no declaradas en riesgo, o como resultado de visitar el área antes de la declaración de una Epidemia o Pandemia.
- J** Lesiones que resulten de un servicio activo, guerra o la participación en disturbios: El tratamiento de Lesiones que resultan cuando una persona es miembro activo del cuerpo de policía, del ejército o fuerza militar de cualquier país, o esté directa o indirectamente* participando en una guerra o conflicto militar; insurrección, golpe de estado civil o militar; hostilidad, guerra civil, disturbio, rebelión, ley marcial, acto de terrorismo o cualquier actividad ilegal, incluyendo el posible arresto y encarcelamiento que resulte de esta participación, excepto en casos donde el Asegurado sea un simple espectador o civil inocente de estas acciones.

**Actividades de participación "indirecta" que meramente apoyen a alguna de las partes en conflicto. Dichas actividades indirectas incluyen, entre otras, la venta de bienes a una o más de las partes armadas. Lesiones causadas por la participación indirecta en una guerra o un conflicto incluyen cualquier apoyo a alguna de las partes involucradas en un conflicto sin participar directamente en el combate, como proporcionar ayuda financiera, suministrar armas, propaganda o inteligencia, que esencialmente contribuyen al esfuerzo de guerra sin la participación activa.*

- K** Lesiones o Enfermedades causadas por radiación: El tratamiento

de Lesiones o Enfermedades causadas por cualquier pérdida que surja de la radiación ionizante, la polución o la contaminación por radioactividad de cualquier residuo nuclear de la incineración de combustible nuclear y de la propiedad radioactiva, explosiva o tóxica u otro componente peligroso, así como por recibir terapia de rayos X o radioterapia sin prescripción o supervisión médica.

- L** Gastos incurridos en países sancionados: Cualquier gasto o reclamo ocasionado por tratamientos, servicios o suministros prestados en países, por o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a sanciones económicas o políticas, restricciones comerciales y/o embargos establecidos por el gobierno de Estados Unidos, el Reino Unido, la Unión Europea, o por cualquiera de sus agencias u organismos de control de activos.

SECCIÓN 7. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

7.1 Recomendación de notificaciones

Para ofrecerles un mejor servicios a nuestros Asegurados, se recomienda que los Asegurados notifiquen a la Compañía cuando reciban o planeen recibir tratamiento médico, sea este intrahospitalario o ambulatorio. Consulte la Sección 7.2 sobre autorización previa obligatoria para aquellos servicios que requieren autorización previa.

Esta notificación le dará a la Compañía la oportunidad de verificar los términos y condiciones bajo los cuales el tratamiento sería cubierto, además de sugerir los mejores lugares para su atención, brindarle apoyo logístico y, cuando sea posible, hacer arreglos para establecer pagos directos al Hospital o Médico de elección, siempre que sea posible, reduciendo así la posibilidad de que el Asegurado tenga que incurrir en un gasto personal inesperado o excesivo.

Una notificación no es lo mismo que una autorización previa.

7.2 Preautorizaciones obligatorias

Para los siguientes servicios, se requiere obtener una Preautorización de la Compañía:

- A** Toda admisión en Hospitales;
- B** Toda cirugía ambulatoria o intrahospitalaria;
- C** Terapias complementarias;
- D** Cualquier procedimiento mayor, tales como resonancias magnéticas, tomografías, gastroscopias, colonoscopias, biopsias, etc.;
- E** Terapia física y de rehabilitación, cuidados en el hogar o Enfermera(o) o Terapeuta privada(o);
- F** Cirugía nasal, del septum o reconstructiva;
- G** Cirugía bariátrica y de bypass gástrico;
- H** Tratamientos quirúrgicos de trastornos sintomáticos de los pies;
- I** Cirugía refractiva;
- J** Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea;
- K** Equipo Médico Durable o cualquier dispositivo médico especial;
- L** Repatriación o cremación de restos mortales, por la cual se debe hacer una Pre notificación en nombre del Asegurado;
- M** Cualquier servicio médico o adquisición de medicamentos especializados, tales como los relacionados con el Virus

de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA);

- N** Trasplante de órganos y tejidos, trasplantes de médula ósea, Células Madre y cualquier otro procedimiento similar;
- O** Cirugía para reducir el riesgo de cáncer o cirugía profiláctica;
- P** Tratamiento oncológico;
- Q** Terapias Génicas;
- R** Cuidados prolongados/rehabilitación hospitalaria; y
- S** Diálisis.

TODAS LAS AUTORIZACIONES PREVIAS DEBEN TENER UNA RESPUESTA POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

NO OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA PARA CUALQUIERA DE ESTOS SERVICIOS RESULTARÁ EN UNA REDUCCIÓN DEL TREINTA POR CIENTO (30%) EN EL PAGO DE GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE PAGAR EL DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE.

Para obtener servicios, se debe enviar una solicitud de Pre autorización a la Compañía dentro de un mínimo de cinco (5) días hábiles antes de la fecha programada del procedimiento o tratamiento, a menos que los servicios sean Emergencias médicamente justificadas. Ver requisitos para notificar Emergencias médicas.

Para solicitar una Pre autorización, el Asegurado podrá enviar un correo electrónico a notify@vumigroup.com, o completar el formulario médico en MyVUMI™ en www.myvumiportal.com, o descargando la aplicación móvil, o en nuestro sitio web www.vumigroup.com. Estos son los únicos métodos aceptables para solicitar una Pre autorización obligatoria.

Obtener una Pre autorización de la Compañía es responsabilidad del Asegurado.

Para solicitar una Preautorización, el Asegurado deberá enviar a la

Compañía la siguiente documentación requerida:

- A** Número de póliza y nombre completo del Asegurado que recibirá los servicios médicos;
- B** Nombre del proveedor (p. ej., hospital, centro médico, médico, terapeuta);
- C** Lugar donde se realizará el tratamiento (ciudad y país);
- D** Fecha de servicio;
- E** Reportes médicos firmados y sellados por el médico tratante, que incluyan:
 - Historial médico y quirúrgico pasado (con fechas de inicio)
 - Historial de la Enfermedad/diagnóstico (con fechas de inicio)
 - Tratamiento/servicios planificados
- F** Costos estimados.

Las autorizaciones de Emergencias médicas deberán ser solicitadas dentro de las setenta y dos (72) horas después del ingreso o procedimiento. En casos de Emergencia médica, el Asegurado deberá acudir al Hospital o Proveedor más cercano para recibir asistencia, incluso si ese Hospital o Proveedor no es parte de la red.

Si el tratamiento no hubiera sido aprobado mediante el proceso de Preautorización, se negarán todos los reclamos relacionados.

7.3 Aviso de privacidad de información médica

La Compañía maneja la privacidad y confidencialidad de la información personal de sus Asegurados con estricto apego a las regulaciones y leyes vigentes sobre la materia. Toda información confidencial será resguardada en las oficinas y por los medios electrónicos disponibles que cuentan con todas las garantías de seguridad adecuadas.

Se entiende que el Asegurado ha dado su consentimiento en la Solicitud de Seguro para la transferencia de dicha información en casos necesarios para dar cumplimiento a cualquier contrato o acuerdo de prestación de servicios, incluyendo a su Agente de seguros registrado, o en caso que lo exija la ley o la procuración o administración de justicia. El Asegurado podrá revocar esta autorización de compartir su información médica privada con su Agente de seguros en cualquier momento, notificando a la Compañía por escrito.

7.4 Responsabilidad limitada

La Compañía no será responsable de ninguna pérdida, daño, o Enfermedad que pueda sufrir el Asegurado en virtud de la prestación de servicios por gastos cubiertos por parte del Proveedor de servicios médicos o cualquier persona que preste dichos servicios. En dicho caso, el Asegurado tendrá que presentar su reclamo directamente ante el Proveedor de servicios médicos o la persona que haya ofrecido el servicio.

7.5 Reclamos

La Compañía, en la mayoría de los casos, efectuará los pagos directamente

a los Médicos y Hospitales mundialmente en moneda legal por los gastos cubiertos de acuerdo a los términos y condiciones de la Póliza. Cuando esto no sea posible, la Compañía le reembolsará los costos al Asegurado de acuerdo a los gastos cubiertos correspondientes que sean Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés) o a las tarifas contractuales definidas entre la Compañía y el Proveedor.

En ningún caso, el importe de la compensación excederá el monto de la factura. Si el Asegurado recibe por error compensación que exceda la factura, el Asegurado estará obligado a devolver de inmediato la suma excedente a la Compañía, o la misma se deducirá del balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar con el Asegurado.

Cargos por transferencia bancaria

La Compañía no será responsable por ningún cargo cobrado por el banco receptor del pago, como comisiones por cambio de monedas o por recibir transferencias bancarias. Dichos cargos serán responsabilidad del receptor del pago.

Información requerida para someter un reclamo

La Compañía debe recibir toda la información médica y no médica que se requiera para iniciar el proceso de reclamación. El Asegurado debe enviar a la Compañía la siguiente documentación:

- A** Formulario de Reclamos debidamente completado;
- B** Toda factura del Proveedor detallando los servicios prestados, así como prueba del pago de la misma;
- C** Historia clínica reciente o cualquier otra información médica que la Compañía considere pertinente;
- D** Para gastos de farmacia, la copia de la receta o prescripción médica;
- E** En caso de Accidente, el Asegurado debe someter toda la información relacionada con el mismo y las circunstancias que lo rodearon, según lo que requiera la Compañía. Esto incluye, pero no está limitado a informes o reportes de Accidente, reportes policiales u otros reportes cuando sean emitidos por las autoridades pertinentes, cualquier información disponible de otro tercero involucrado, sea una persona o empresa, incluyendo sus datos personales o razón social, información de seguro disponible (perteneciente al caso), y cualquier otra información que sea útil para establecer la responsabilidad civil y penal (si aplica) y una posible coordinación de beneficios; y
- F** En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, declararla al presentar el reclamo.

Al presentar simultáneamente varios reclamos para reembolso de diferentes Asegurados, los gastos para cada Asegurado, Accidente, Enfermedad y/o Proveedor deben ser enviados cada uno por separado, por Asegurado y por evento.

Una vez que el proceso de reclamo haya sido iniciado, el Asegurado debe enviar toda la información solicitada por la Compañía para completar el proceso en un período de no más de noventa (90) días a partir de la primera solicitud de la Compañía. Una vez transcurrido este período sin recibir la información solicitada, el reclamo no procederá y la Compañía será liberada de cualquier obligación.

Si se considerara que la información presentada es inadecuada o está incompleta, esto puede ocasionar una demora en el proceso del pago o reembolso, o que se cierre el reclamo temporalmente hasta que la información necesaria sea recibida dentro del plazo estipulado. La Compañía se reserva el derecho de solicitar los recibos originales, registros médicos y/o cualquier otra documentación relevante para procesar el reclamo.

La Compañía no devolverá la documentación original recibida para procesar un reclamo, sin embargo, puede ofrecer una copia de dicha documentación cuando sea solicitada.

En caso de que un reclamo que debió haber sido negado porque la cobertura estaba excluida por la Póliza, o no era compensable por cualquier otra razón, haya sido pagado por error, la Compañía no estará obligada a continuar pagando por los gastos de los tratamientos o servicios relacionados con dicho reclamo a partir de la fecha de identificación del error y podrá reclamar el reembolso de las sumas pagadas indebidamente.

Cartas de Garantía de Pagos

La Compañía, al recibir una solicitud de Prenotificación de parte del Asegurado o un Proveedor, podrá emitir una Carta de Garantía de Pagos (GOP, por sus siglas en inglés) de buena fe, para que el Asegurado comience a recibir las atenciones requeridas. Si durante el proceso del tratamiento u hospitalización del Asegurado, la Compañía recibe información de que las atenciones o reclamaciones no son compensables por tratarse de Condiciones Preexistentes no declaradas, exclusiones de la Póliza o cualquier otra razón que invalide la cobertura, la garantía emitida será revocada y el Asegurado asumirá frente al Proveedor, completa responsabilidad por los gastos no compensables.

7.6 Recurso de apelación

En caso de algún desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía respecto a un reclamo o decisión administrativa, antes de tomar ninguna otra acción, el Asegurado deberá iniciar una apelación sobre dicho reclamo o decisión ante el Consejo de Apelaciones de la Compañía para su revisión y análisis. La apelación debe ser sometida dentro de un período de no más de treinta (30) días a partir de la fecha en que se tomó la decisión administrativa o sobre un reclamo. El Asegurado deberá enviar una carta apelando el reclamo a apelaciones@vumigroup.com. Dicha carta deberá incluir toda la

documentación que se considere necesario para evaluar nuevamente la decisión tomada.

El Consejo de Apelaciones de la Compañía revisará en detalle los argumentos e información aportada y notificará su decisión por escrito al Asegurado dentro de los treinta (30) días subsecuentes al recibo de la carta de apelación junto a toda la información y/o documentación pertinente. Durante el proceso, el Departamento de Reclamos de la Compañía tendrá el derecho de solicitar información o documentación adicional del Asegurado o de los Proveedores, terceras personas o entidades si lo considerara necesario para evaluar correctamente los argumentos de la apelación. El Asegurado entiende que la solicitud de información adicional pudiera dilatar la respuesta más allá del plazo máximo de treinta (30) días establecido en esta Póliza.

Segunda instancia de apelación

Una vez que el Consejo de Apelaciones haya notificado al Asegurado su decisión, el Asegurado tendrá la oportunidad de expresar su oposición a esa determinación en los próximos diez (10) días a partir de la fecha de la notificación. En caso de que el Asegurado tenga nueva documentación, podrá enviarla, junto con sus argumentos, para una segunda y última revisión del caso. La Compañía debe responder a esta segunda solicitud dentro de los próximos quince (15) días hábiles. La decisión en esta última instancia será definitiva e inapelable.

7.7 Arbitraje

Cualquier disputa, controversia o reclamación que surja de o esté relacionada con este contrato, incluidas su formación, interpretación, incumplimiento o rescisión, incluyendo si las reclamaciones presentadas son arbitrables, se someterá y se resolverá definitivamente mediante arbitraje de conformidad con las Reglas de Arbitraje Internacional de JAMS.

El arbitraje se realizará en Miami, Florida. El idioma utilizado en el procedimiento arbitral será el inglés. Cada parte asumirá sus propios honorarios y costos (incluidos todos los Costos de Arbitraje, tal como lo define el Reglamento de Arbitraje Internacional de JAMS) en relación con cualquier disputa sujeta a esta disposición. El laudo dictado por el/los árbitro(s) podrá ser presentado ante cualquier tribunal competente.

Ley aplicable

Este acuerdo se regirá e interpretará de conformidad con la legislación de Florida, excluyendo las normas de elección de la ley aplicable de Florida.

RENUNCIA AL JUICIO POR JURADO

LAS PARTES, A TRAVÉS DE LA PRESENTE, RENUNCIAN A CUALQUIER DERECHO DE UN JUICIO POR JURADO EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL QUE SURJA DIRECTA

O INDIRECTAMENTE, O ESTÉ DE CUALQUIER MANERA RELACIONADO CON ESTE ACUERDO O LAS TRANSACCIONES CONTEMPLADAS EN EL MISMO.

7.8 Subrogación de terceros e indemnización

La Compañía tiene el derecho a la subrogación o reintegro de pagos hechos por la misma si el Asegurado ha recuperado todos o parte de dichos pagos de terceros.

La Compañía subrogará hasta la cantidad pagada, bajo todos sus derechos y acciones, contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado Titular tendrá la obligación de cooperar con la Compañía para recuperarse del daño causado por terceros u obtener el reembolso de los gastos cubiertos a causa del mismo.

El incumplimiento de esta obligación, le da derecho a la Compañía

a considerar la cancelación de esta Póliza. La cooperación requerida incluye, pero no está limitada a proporcionar toda la documentación relevante o evidencia testimonial y a someterse a exámenes médicos si fueran necesarios. La Compañía podrá realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o después de haber hecho pagos por los gastos cubiertos bajo esta Póliza.

El Asegurado Titular deberá abstenerse de tomar cualquier acción, conciliar o aceptar acuerdos que puedan afectar de manera adversa los derechos de subrogación de la Compañía de acuerdo con lo previsto en esta sección. Cualquier acción de reclamación iniciada por el Asegurado en relación a daños que fueron cubiertos por esta Póliza debe ser notificada inmediatamente a la Compañía para que la misma pueda hacer valer sus derechos de subrogación sobre cualquier pago relacionado con los gastos cubiertos por el incidente que origine las reclamaciones.

SECCIÓN 8. DEFINICIONES

Accidente

Evento violento, repentino, imprevisto y no intencionado, producido exclusivamente por causas externas que resulten, independientemente de otras causas, en Lesiones corporales del Asegurado.

Accidente Serio

Evento violento, repentino, imprevisto y no intencionado, producido exclusivamente por causas externas que resultan en Lesiones corporales del Asegurado, las cuales requieren atención médica de urgencia con una Hospitalización, según lo exige el protocolo estándar de atención para el tratamiento y los servicios necesarios con urgencia, de veinticuatro (24) horas o más. No se considera Accidente Serio cuando el Asegurado lesionado no es trasladado inmediatamente desde el lugar del Accidente al Hospital más cercano.

Actividades y Deportes de Alto Riesgo

Actividades que aumentan el riesgo de Accidentes o incluso la muerte de la persona que las practica. Ejemplos de Actividades y Deportes de Alto Riesgo incluyen, pero no están limitados a buceo, escalada, montañismo, paracaidismo, salto de caída libre, parapente, para vela, deportes de motor o ciclismo de montaña.

Agencia o Agente

Individuo o entidad autorizada por la Compañía para la distribución de sus productos y proporcionar servicios administrativos a los Asegurados. El Agente deberá tener acceso a la información médica y de salud del Asegurado, la cual puede ser enviada a la Compañía o cualquiera de sus afiliadas. Ningún Agente tiene la autoridad de modificar la Póliza o exonerar al Asegurado de ninguno de sus

términos y condiciones.

Ambulancia Aérea

Nave aérea que cuenta con el personal médico licenciado y está equipada con las necesidades y suministros necesarios para brindar cuidados médicos durante el transporte aéreo. Este servicio lo presta una entidad licenciada y autorizada para dicho propósito.

Ambulancia Terrestre

Transporte terrestre que cuenta con el equipo médico y el personal médicamente entrenado para transportar a individuos lesionados o enfermos.

Anexo/Endoso

Documento emitido por la Compañía que se adjunta a la Póliza cuando es adquirido y pagado por el Contratante o el Asegurado Titular y el cual provee cobertura adicional.

Año Póliza

Período de doce (12) meses consecutivos que comienza con la Fecha de Efectividad de esta Póliza y todo período de doce (12) meses subsecuentes a la misma.

Asegurado

Se refiere tanto al Asegurado Titular como a los Dependientes cubiertos.

Asegurados Dependientes

Cónyuge, Concubino(a) o Compañero(a) Doméstico(a) del Asegurado

Titular; sus hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de dieciocho (18) años de edad para quienes el Asegurado Titular haya sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente.

Asegurado Titular

Persona que firma la Solicitud de seguro y que es el Asegurado principal bajo la Póliza, quien tiene autoridad para solicitar cambios en la misma y quien recibe los reembolsos de pagos de servicios médicos cubiertos por esta Póliza, así como cualquier reembolso de la prima no devengada.

Beneficiario

Persona designada por el Asegurado Titular para recibir la suma de prima no devengada o el pago de reembolsos de reclamaciones pendientes en caso de fallecimiento.

Células Madre

Células Madre adultas (células hematopoyéticas) que se obtienen de la sangre del cordón umbilical en el momento del parto y se almacenan mediante crio preservación.

Centro de Cuidado a Largo Plazo

Institución de vivienda asistida.

Certificado de Cobertura

Documento de la Póliza que especifica el período de efectividad de la cobertura, las condiciones y limitaciones de la misma, lista a todos los individuos cubiertos y es, a la vez, parte de la Póliza.

Compañero(a) Doméstico(a)

Persona del sexo opuesto o del mismo sexo con quien el Asegurado principal ha establecido una relación de vida doméstica.

Compañía

La aseguradora, VUMI® Group, I.I.

Complicaciones de la Maternidad y del Nacimiento

Afecciones mórbidas que ocurren durante el embarazo, el parto o el posparto (después del nacimiento), y que pueden afectar a la madre, al bebé o a ambos, como resultado de un curso anormal del embarazo y/o del parto. Algunos ejemplos de complicaciones incluyen*, pero no están limitadas a: toxemia; hipertensión gestacional; eclampsia; embarazo ectópico; mola hidatiforme; hemorragia ante parto y posparto; retención de la placenta y sus membranas; muerte fetal; aborto espontáneo; desprendimiento de placenta; placenta previa; fallo en el descenso fetal; embolia de líquido amniótico; prematuridad; lesión del cordón umbilical; sufrimiento fetal; asfixia perinatal; problemas del cordón umbilical; distocia de hombros; o parto prematuro.

**Esta lista no es concluyente. Es posible que se deban considerar otras situaciones según la evolución médica del embarazo, el parto y exámenes adicionales.*

Comportamiento Imprudente

Indiferencia consciente de un riesgo sustancial e injustificable.

Condición Crónica

Condición médica que presenta dos o más de las siguientes características:

- A No tiene cura reconocida;
- B Continúa indefinidamente;
- C Ha regresado;
- D Es permanente;
- E Requiere tratamiento paliativo;
- F Requiere monitoreo a largo plazo, consultas, chequeos, exámenes o pruebas; o
- G El paciente necesita rehabilitación o capacitación especial para afrontarla.

Condición Preexistente

Condición que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Efectividad de esta Póliza o la rehabilitación de la misma, o por la cual un Médico ha recomendado o prestado tratamiento, o se presentaron síntomas y signos que, de haber consultado con un Médico acerca de los mismos, hubiese recibido un diagnóstico de Enfermedad, condición médica o algún tratamiento específico.

Contratante

Persona física o moral que paga la prima al Asegurado Titular y/o sus Dependientes, por relación de trabajo o afinidad familiar. El Contratante no es un Asegurado y por lo tanto no disfruta de los beneficios de la Póliza, sin embargo, tiene potestad de solicitar la cancelación de la Póliza que ha pagado al Asegurado Titular y recibir la prima no devengada. El Asegurado Titular puede pagar la prima correspondiente y mantener la cobertura vigente cuando el Contratante solicite la cancelación y el reembolso de la prima no devengada.

Cónyuge

Persona con quien el Asegurado Titular se ha casado legítimamente de acuerdo a los reglamentos de la jurisdicción donde tuvo lugar la ceremonia matrimonial.

Cuidados Asistenciales o de Custodia

Servicios prestados que incluyen, pero no están limitados a asistencia personal, la cual no requiere capacitación o destreza profesional, como la atención rutinaria del paciente, monitoreo, control de signos vitales, el movimiento y posicionamientos periódicos en la cama y la administración de medicamentos que pueden ser autoadministrados o administrados por vía oral y por personas sin capacitación médica, así

como la atención preventiva o de rutina; o la atención en condiciones estándar; incluyendo la asistencia en las actividades cotidianas, por ejemplo: asear, alimentar o vestir a un Asegurado, asistencia en la marcha y movilización, arreglo de cama y otras actividades relacionadas con la vida diaria con el propósito de prevenir Accidentes y proveer acompañamiento, entre otros.

Cuidados Paliativos

Tratamiento prestado a pacientes con Enfermedades avanzadas, progresivas e incurables con un pronóstico de vida de menos de ciento ochenta (180) días.

Deducible

Porción de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes que los beneficios de esta Póliza sean pagaderos. Además de los Deducibles anuales del plan, la Compañía pudiera imponer en el Certificado de Cobertura Deducibles adicionales: por Año Póliza y/o por la vida de la Póliza.

Deportes Profesionales

Entrenamiento y práctica de deportes por los cuales una persona recibe compensación.

Desórdenes Congénitos

Cualquier condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, independientemente de que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

Desórdenes Hereditarios

Enfermedades o trastornos genéticos cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación a través de genes defectuosos transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

Donante Vivo

Persona viva que dona un órgano, tejido o células para ser trasplantado en el cuerpo de otra persona o receptor.

Emergencia

Condición médica repentina, seria y aguda la cual requiere asistencia médica inmediata por el peligro que representa para la vida o la integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica dentro de las próximas veinticuatro (24) horas.

Enfermedad

Condición o desorden por causa interna o externa la cual afecta al cuerpo humano y requiere atención médica.

Enfermedad de Origen Infeccioso

Condición médica causada por agentes patógenos tales como bacterias, virus, hongos y parásitos.

Enfermero(a) o Terapeuta

Profesional licenciado de acuerdo a las regulaciones del lugar donde presta sus servicios y quien ofrece servicios de atención a pacientes de acuerdo a las indicaciones de un Médico.

Enmienda

Declaración adicionada a la Póliza por un oficial autorizado de la Compañía para explicar, modificar y/o restringir la cobertura de esta Póliza para un Asegurado en particular o para la Póliza en general.

Epidemia

Incidencia de más casos de lo esperado de cierta Enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) o una organización equivalente en un gobierno local.

Equipo Médico Durable

Equipo que provee beneficios terapéuticos al paciente y le permite realizar tareas que de otro modo y debido a condiciones médicas o Enfermedades no podría realizar. El Equipo Médico debe ser resistente para uso continuo, utilizado con un propósito médico, aprobado para el uso en el hogar y que puede ser transportado, como sillas de ruedas, muletas y camas de Hospital.

Error Administrativo

Falta material involuntaria como un error ortográfico, numérico o de cálculos matemáticos fácilmente comprobable, o la omisión de revisión de información disponible para tomar una decisión en la aprobación de cobertura o el pago de reclamos. La Compañía puede subsanar el error material o administrativo en cualquier momento.

Estados Unidos, EE. UU. (U.S., USA)

Los Estados Unidos de Norteamérica y sus territorios.

Exámenes Rutinarios o Preventivos

Exámenes médicos preventivos proporcionados por un Médico certificado y/o una entidad proveedora de servicios médicos.

Experimental o Investigativo

Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, combinación de medicamentos, dispositivo, suministro u hospitalización que al momento en que el servicio o suministro se provee, no cumple con las normas aprobadas para la indicación o aplicación específica

a la condición dictadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés), u otra agencia federal o gubernamental de los Estados Unidos, y cuya aprobación es requerida independientemente del lugar en donde se incurran los gastos médicos.

Fecha de Efectividad

Fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.

Fecha de Aniversario

Día en que la Póliza cumple un período de doce (12) meses de efectividad.

Fecha de Renovación

Fecha de vencimiento del pago de la Póliza. Dependiendo del modo de pago, la Fecha de Renovación puede ser también la Fecha de Aniversario.

Fecha de Vencimiento

Fecha en que termina la vigencia de la Póliza de acuerdo al modo de pago seleccionado.

Habitación Hospitalaria Privada Estándar

Habitación equipada médicamente para acomodar a un (1) solo paciente.

Honorarios del Anestesiólogo

Honorarios que cobra un anestesiólogo por la administración de anestesia y/o el control del dolor.

Honorarios del Asistente del Cirujano o del Médico

Honorarios que cobra el asistente del cirujano o de un Médico cuando realizan labores de asistencia durante un procedimiento médico.

Hospital, Clínica o Instalación Médica

Institución legalmente licenciada para proporcionar servicios clínicos y quirúrgicos bajo la supervisión de profesionales médicos.

Hospitalización

Ingreso a un centro médico hospitalario por un período de veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La gravedad de la condición médica justifica la necesidad del ingreso hospitalario. Aquellas atenciones médicas limitadas a la sala de urgencias o emergencias no se considera una Hospitalización para los fines de esta Póliza.

Lesión

Daño infligido al organismo por alguna causa.

Mal Comportamiento Intencional

Acto u omisión deliberado que es lo contrario o va más allá de la conducta que se espera de una persona, cuando dicha persona sabe o es imprudente al hecho de que dicho acto u omisión es contrario o va más allá de la conducta que se espera de ellos.

Maternidad Cubierta

Embarazo que termina por parto natural o cesárea después del Período de Espera de diez (10) meses después de la Fecha de Efectividad de cobertura de la madre. Solo las opciones I, II y III de esta Póliza tienen Maternidad Cubierta. Los Recién Nacidos producto de un tratamiento de fertilidad no tienen inclusión automática y por lo tanto no califican para los beneficios asociados a este tipo de adición a la Póliza.

Medicamentos Recetados o por Prescripción

Medicamentos prescritos o recetados por un Médico que no estarían disponibles sin dicha receta o prescripción. Ciertos tratamientos y medicamentos como vitaminas, hierbas, aspirinas, remedios y medicamentos para el resfriado, medicamentos o suministros Experimentales o de Investigación, incluso cuando lo recomiende un Médico, no califican como Medicamentos Recetados.

Médico

Profesional legalmente licenciado para practicar medicina en el lugar donde se prestan los servicios.

Necesidad Médica o Medicamento Necesario

Tratamiento, servicio médico o suministro médico prescrito por un Médico tratante y aprobado por la Compañía, por considerarlo necesario para diagnosticar y/o tratar Enfermedades o Lesiones.

No se considera Medicamento Necesario si el servicio:

- A** Es proporcionado para la conveniencia del Asegurado, de su familia o del Hospital/Médico;
- B** No es apropiado para el diagnóstico o el tratamiento de la condición médica específica;
- C** Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o el tratamiento de una condición específica;
- D** Está fuera del ámbito de las prácticas normales establecidas para Médicos u otros profesionales de la salud y Hospitales; o
- E** Es una sustitución de Habitación Estándar o Privada por una Suite, si la Póliza no ofrece el beneficio.

Negligencia o Negligente

No comportarse con el nivel de cuidado que habría ejercido una persona de ordinaria prudencia en las mismas circunstancias. El comportamiento suele consistir en acciones, pero también puede consistir en omisiones cuando existe algún deber de actuar, o existen reglas o cuidados a seguir.

Negligencia Grave

Falta de atención que demuestra un desprecio imprudente por la seguridad o la vida de los demás, la cual es tan grande que pareciera ser una violación consciente del derecho a la seguridad de otras personas.

Notificación

Comunicación a la Compañía sobre un procedimiento o tratamiento, solicitando asistencia con citas o asesoramiento sobre especialistas, proveedores, etc. Una Notificación no cuenta como una solicitud de Preautorización obligatoria para un servicio que requiere más información sobre el uso de uno de los beneficios de la Póliza.

Oftalmología

Especialidad médica que se centra en los ojos, incluyendo su anatomía, fisiología y el tratamiento de Enfermedades oculares complejas. Los oftalmólogos diagnostican, tratan y controlan trastornos oculares, y pueden realizar cirugías cuando sea necesario.

Optometría

Profesionales de atención primaria que realizan exámenes oculares de rutina, recetan anteojos y lentes de contacto, y tratan afecciones oculares comunes.

País de Residencia

País en el que el Asegurado pasa o tiene intención de pasar más de ciento ochenta y tres (183) días dentro de un año calendario o Año Póliza, o la mayor parte del tiempo durante un Año Póliza.

Pandemia

Suceso en el que una Enfermedad se propaga rápidamente y afecta a un gran número de personas en un área amplia, o en todo el mundo, que ha sido declarado como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) o una organización equivalente.

Período de Espera

Período de tiempo definido por la Compañía durante el cual se excluye la cobertura de algunos beneficios.

Período de Gracia

Período de treinta (30) días después de la Fecha de Vencimiento durante el cual la Póliza puede ser renovada.

Póliza

Conjunto de documentos donde se reflejan las condiciones generales y particulares convenidas entre la Compañía y el Asegurado y que rigen el contrato de seguro.

Preautorización o Precertificación

Solicitud realizada por el Asegurado con el fin de obtener una autorización de la Compañía para utilizar uno de los beneficios de la Póliza que requiere esta solicitud obligatoria para un tratamiento o procedimiento.

Proveedor

Hospitales, Clínicas, Médicos, centros de diagnóstico, farmacias y otras entidades o individuos legalmente autorizados para proporcionar servicios médicos.

Pruebas Genéticas

Tipo de pruebas médicas que identifican cambios en genes, cromosomas o proteínas. Los resultados de una Prueba Genética pueden confirmar o descartar una condición genética sospechosa o ayudar a determinar la posibilidad de que una persona desarrolle o transmita un trastorno genético.

Recién Nacido

Infante desde el momento de su nacimiento hasta los primeros treinta (30) días de vida.

Región

Grupo de países y/o área geográfica dentro de un mismo país.

Servicios Ambulatorios

Servicios o tratamientos que no requieren admisión en un Hospital o permanecer en el mismo por más de veintitrés (23) horas.

Servicios de Hospital

Tratamientos, servicios y suministros generales o médicos proporcionados por un Hospital para el uso de sus instalaciones.

Solicitante

Persona que solicita una Póliza de seguro. El Solicitante suele ser el titular o Asegurado Titular de la Póliza prevista después de que se emita la Póliza.

Solicitud

Declaración por escrito diseñada por la Compañía, la cual completa y firma manualmente o de manera electrónica el Asegurado Titular y la cual contiene información sobre sí mismo(a) y sus Dependientes. Este formulario lo utiliza la Compañía para determinar la asegurabilidad del Solicitante y sus Dependientes. Cualquier información o cuestionario que se someta a la Compañía conjuntamente con la Solicitud está considerado como parte de la misma.

Special Maternity Network®

Lista de Hospitales contratados por la Compañía para proporcionar coberturas al Asegurado con servicios y/o tarifas preferenciales.

Suite

Habitación de un Hospital o Clínica clasificada por el mismo como Suite, usualmente de tamaño mayor que el de una Habitación Privada y que puede tener un área de recepción. Esto incluye las habitaciones llamadas "Junior" o "Presidencial".

Sustancias Ilícitas

Fármacos, sustancias psicoactivas o químicos similares definidos por el gobierno federal de los Estados Unidos de Norteamérica como ilegales, tales como cocaína y heroína.

Terapia Génica

Tecnología médica que busca producir un efecto terapéutico mediante la manipulación de la expresión genética o la alteración de las propiedades biológicas de las células vivas.

Trasplante

Procedimiento médico para transferir un órgano, tejidos o células de un Donante Vivo o muerto al receptor, o para reimplantarlo en la misma persona.

US\$, U.S. Dólares

Moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

USA Special Network®

Lista de Hospitales en Estados Unidos contratados por la Compañía y aprobados para esta Póliza para la cobertura especial de habitación Suite.

Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)

El menor de:

- A El reembolso habitual del Proveedor por proporcionar el tratamiento, servicio o suministro; o

- B El monto determinado por la Compañía como la tarifa general aceptada por Proveedores de la misma categoría que ofrecen dichos tratamientos, servicios o suministros a personas que: (1) residan en la misma área geográfica; y (2) cuya Lesión o Enfermedad es comparable en su naturaleza y severidad.

El monto Usual, Acostumbrado y Razonable para un servicio, tratamiento o suministro será determinado por la Compañía basado en tarifas especiales establecidas o previamente contratadas por la Compañía para el área geográfica, país o Proveedor específico en el cual el Asegurado reciba dichos servicios. En algunos casos, el monto UCR será determinado por contratos directos entre los Proveedores y la Compañía.

Los beneficios cubiertos al cien por ciento (100%) están sujetos a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables. No debe entenderse que estarán cubiertos por el total de la factura sometida.

Viajero Frecuente

Una persona que pasa más de ciento ochenta y tres (183) días acumulados en un Año Póliza fuera de su País de Residencia.

Vitalicio

Cantidad máxima que la Compañía pagará por un beneficio específico durante la vigencia de la Póliza.



VUMI® GROUP, I.I.

**ORGANIZADA BAJO EL CAPÍTULO 61 DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.
NINGUNA COBERTURA EMITIDA POR ESTA ASEGURADORA
ESTÁ PROTEGIDA POR CUALQUIER GARANTÍA O FONDO DE INSOLVENCIA EN PUERTO RICO.**

Servicios de administración ofrecidos por VIP Administration Services, LLC.

Edificio San Juan Medical Assoc. 5, Calle Reverendo Domingo Marrero, Suite 4, Río Piedras, PR 00925

Teléfono General: +1.214.276.6376 • Llamada Gratuita: +1.855.276.VUMI (8864)

info@vumigroup.com • www.vumigroup.com