

CONDICIONES DE COBERTURA



EFFECTIVA: 1 DE JULIO DE 2025

CONTENIDO

ART. 1	ACUERDO	3
ART. 2	EMISIÓN DE LA PÓLIZA	3
ART. 3	VIGENCIA DE LA PÓLIZA.....	4
ART. 4	ELEGIBILIDAD	4
ART. 5	RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.....	6
ART. 6	BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS	8
ART. 7	EXCLUSIONES.....	20
ART. 8	NOTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN	24
ART. 9	PROCESO DE REEMBOLSO	25
ART. 10	ADMINISTRACIÓN: ARTÍCULOS GENERALES.....	27
ART. 11	DEFINICIONES.....	36



MEDICAL
ELITE™

MEDICAL
CARE™
INTERNACIONAL

PREMIER
PLUS™

MEDICAL
SELECT™
MUNDIAL

PREMIER
CARE™

MEDICAL
SELECT™
INTERNACIONAL

GLOBAL
CARE™

PRIME
CARE™

MEDICAL
CARE™
MUNDIAL

PRIME
SELECT™

ART. 1 ACUERDO

Best Doctors Insurance Limited (en adelante denominada la **"Aseguradora"**), una compañía constituida en Bermudas, se compromete a pagar hasta el beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente por Asegurado por Año Póliza, por los Gastos Cubiertos incurridos como resultado de un tratamiento, servicio o suministro médico dentro del área de cobertura indicada en la Tabla de Beneficios, a partir de su Fecha de Inicio de Cobertura, mientras esta Póliza esté en vigor.

Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta Póliza y a los límites indicados en la Tabla de Beneficios correspondiente, incluyendo cualquier Deducible y/o Coaseguro aplicable, según lo definido en esta Póliza y señalado en el Certificado de Cobertura.

ART. 2 EMISIÓN DE LA PÓLIZA

2.1 Aviso Importante sobre la Solicitud de Seguro Médico

Esta Póliza ha sido negociada, emitida y entregada en Bermudas con base en la regulación aplicable en dicho territorio y en las declaraciones brindadas de buena fe por el Solicitante en la Solicitud de Seguro Médico.

Cualquier omisión o declaración falsa, engaño, encubrimiento, ocultamiento o simulación de información ya sea de forma intencional o no contenida en la Solicitud de Seguro y que pudiera afectar la evaluación del riesgo, o que represente una posible agravación del mismo, independientemente de su relevancia respecto de una reclamación, será causa suficiente para la cancelación, rescisión o modificación de la Póliza a discreción exclusiva de la Aseguradora.

En caso de que se cancele, rescinda o modifique la Póliza, la Aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad por concepto de pago de beneficios y demás obligaciones estipuladas en esta Póliza, a partir de la fecha en que dicha decisión surta efecto.

Asimismo, se entenderá que procederá la misma consecuencia si el Asegurado, su representante o cualquier Proveedor de servicios médicos, en colusión con el Asegurado, proporciona información falsa al momento de solicitar el pago de cualquier beneficio incluido en los artículos o Enmiendas de esta Póliza. Esta conducta también será causa de cancelación, rescisión o modificación de la Póliza, a discreción exclusiva de la Aseguradora, la cual no será responsable por los pagos derivados de dicha reclamación.

Cualquier pago realizado indebidamente por la Aseguradora, ya sea por omisión, falsedad, inexactitud o negligencia del Asegurado, deberá ser reembolsado a la Aseguradora por el Asegurado Titular tan pronto como sea requerido. Alternativamente, la Aseguradora podrá descontar dichos montos de cualquier suma adeudada o por pagar al Asegurado Titular o al Contratante al momento de la cancelación o terminación de la Póliza.

En caso de pagos indebidos, la Aseguradora no estará obligada a reembolsar ninguna porción de la prima no devengada, conforme a lo establecido en el Artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

2.2 Derecho de Diez (10) Días para Examinar la Póliza

De acuerdo con la regulación en Bermudas, el Contratante o el Asegurado Titular tienen el derecho de examinar y devolver la Póliza dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la misma si no están conformes con la cobertura ofrecida. El Contratante y el Asegurado Titular entienden que esta Póliza es un plan de seguro médico internacional que solo cumple con la regulación de Bermudas y/o las coberturas obligatorias exigidas por las autoridades y la jurisdicción de este país.

La Póliza puede ser devuelta directamente a la Aseguradora o a través del Consultor Independiente. De ser devuelta, la Póliza será considerada nula como si nunca se hubiese emitido. La Aseguradora le reembolsará al Contratante la prima pagada, menos el monto cobrado por concepto de gastos administrativos. De no ser devuelta dentro del período de diez (10) días, cualquier requerimiento de devolución de primas será procesado de acuerdo con lo establecido en el Artículo "Devolución de Prima no Devengada".

ART. 3 VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La cobertura comienza a las 00:01, hora estándar del Este (EE. UU.), en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza y termina a las 24:00 horas, hora estándar del Este (EE. UU.), en la fecha de vencimiento de la Póliza, siempre que se haya pagado la totalidad de la prima correspondiente.

La Póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por períodos de doce (12) meses, de por vida, con el pago total de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la Póliza vigente en el momento de la renovación.

ART. 4 ELEGIBILIDAD

4.1 Requisitos Básicos de Elegibilidad

El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

- Tener su País de Residencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).
- Ser mayores de dieciocho (18) años de edad (excepto los Asegurados Dependientes elegibles) y hasta setenta y cuatro (74) años de edad.
- Pagar la prima total correspondiente.

A los Solicitantes mayores de sesenta y cuatro (64) años de edad se les requerirá información médica complementaria para su evaluación. La Aseguradora les reembolsará hasta un máximo de cincuenta dólares (US\$50) para cubrir el costo de la información médica solicitada, una vez sea aprobada la cobertura a estos Solicitantes. No hay edad máxima para la renovación de la Póliza.

4.2 Asegurados Dependientes Elegibles

- a. Son considerados Asegurados Dependientes elegibles el Cónyuge, Conviviente/Pareja de Hecho, los hijos biológicos, hijos adoptivos legalmente, hijastros o menores de edad para quienes el Asegurado Titular haya sido designado Representante Legal mediante resolución de un tribunal con jurisdicción competente y que hayan sido incluidos en la Solicitud de Seguro de Salud. Al incluir hijos legalmente adoptados o menores bajo tutela legal como Asegurados Dependientes, será obligatorio presentar los documentos que acrediten la relación con el Asegurado Titular.
- b. La cobertura para hijos Asegurados Dependientes que alcancen los dieciocho (18) años de edad se mantendrá vigente hasta la siguiente Fecha de Aniversario o Fecha de Renovación de la Póliza, lo que ocurra primero. Una vez alcanzada dicha edad, los hijos Asegurados Dependientes que sean estudiantes a tiempo completo en una universidad o institución educativa acreditada al momento de la emisión o renovación de la Póliza, podrán mantener su cobertura como Asegurados Dependientes hasta la siguiente Fecha de Aniversario o de Renovación, lo que ocurra primero, posterior a haber alcanzado los veinticuatro (24) años de edad. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, un certificado de estudios emitido por la universidad o institución educativa correspondiente.
- c. La cobertura para los Asegurados Dependientes elegibles terminará en la siguiente Fecha de Aniversario o Fecha de Renovación de la Póliza, lo que ocurra primero, en cualquiera de los siguientes casos:
 - i. Si el Asegurado Dependiente contrae matrimonio o deja de ser estudiante a tiempo completo después de haber cumplido dieciocho (18) años de edad.
 - ii. Si el Cónyuge deja de estar legalmente casado con el Asegurado Titular por motivo de divorcio o anulación del matrimonio.
 - iii. Si finaliza la relación entre el Asegurado Titular y su Conviviente/Pareja de Hecho.

4.3 Continuidad de Cobertura para Asegurados Dependientes

- a. Los Asegurados Dependientes que dejen de ser elegibles como tales por alguna de las razones indicadas en el Artículo 4.2, inciso c, y que cumplan con los requisitos de elegibilidad para ser Asegurados Titulares, podrán solicitar su propia Póliza sin estar sujetos a una nueva evaluación de riesgo, siempre que completen una nueva Solicitud de Seguro de Salud y paguen la prima total correspondiente antes de que finalice el Período de Gracia de renovación de la Póliza posterior al evento correspondiente. Bajo la nueva Póliza individual, el nuevo Asegurado Titular estará sujeto a los mismos términos, condiciones, Enmiendas, exclusiones y restricciones que tenía como Asegurado Dependiente en la Póliza anterior.
- b. Si el Asegurado Titular pierde su elegibilidad, los Asegurados Dependientes podrán continuar cubiertos bajo una nueva Póliza sin necesidad de una nueva evaluación de riesgo, siempre que aún cumplan con los requisitos de elegibilidad. Estarán sujetos a los mismos términos, condiciones, Enmiendas, exclusiones y restricciones que tenían bajo la Póliza anterior. Deberán presentar una nueva Solicitud de Seguro de Salud y pagar la prima total correspondiente a la Aseguradora antes

de que finalice el Período de Gracia de aniversario o renovación de la Póliza bajo la cual estaban cubiertos como Asegurados Dependientes.

- c. Si el Asegurado Titular fallece y los Asegurados Dependientes son elegibles para el Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular, según se indique en la Tabla de Beneficios correspondiente y en el Artículo "Beneficios y Gastos Cubiertos", deberán presentar una nueva Solicitud de Seguro de Salud y pagar la prima total correspondiente a la Aseguradora antes de que finalice la Fecha de Aniversario.
- d. Para las hijas Aseguradas Dependientes que hayan estado cubiertas por más de diez (10) meses bajo la Póliza de sus padres, el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses para recibir beneficios de Maternidad —incluyendo Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento y extracción y preservación de Células Madre— será exonerado al momento de emitir su propia Póliza bajo un plan similar, con los mismos beneficios de Maternidad del plan de sus padres, únicamente cuando esto esté especificado en la Tabla de Beneficios correspondiente.

4.4 Inclusión de Recién Nacido

- a. Si nacen de una Maternidad Cubierta: Para incluir a los hijos recién nacidos que no sean resultado de Técnicas de Reproducción Asistida como Asegurados Dependientes bajo la Póliza de sus padres, una vez cumplido el Período de Espera del Beneficio de Maternidad, se deberá notificar a la Aseguradora dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de nacimiento del recién nacido, y presentar una copia del certificado de nacimiento junto con el pago de la prima adicional correspondiente. Los recién nacidos no estarán sujetos a evaluación de riesgo. Si no se realiza la inclusión dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de nacimiento, deberá presentarse una Solicitud de Seguro de Salud y los recién nacidos estarán sujetos a evaluación de riesgo.
- b. Si nacen de una maternidad no cubierta: Los hijos recién nacidos que provienen de una maternidad no cubierta o que son resultado de Técnicas de Reproducción Asistida no se incluyen automáticamente en la Póliza. Para incluirlos como Asegurados Dependientes bajo la Póliza de sus padres, deberá presentarse una Solicitud de Seguro de Salud, y los recién nacidos estarán sujetos a evaluación de riesgo.

ART. 5 RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

Deducible

- 5.1** Se aplicará un (1) Deducible por Asegurado, por Año Póliza. Para las Pólizas familiares, se aplicará un máximo de dos (2) Deducibles por Póliza, por Año Póliza. Todos los montos aplicados al Deducible de cada uno de los miembros de la familia incluidos en la misma Póliza serán tomados en cuenta para alcanzar los dos (2) Deducibles.
- 5.2** Si el Deducible ha sido cubierto en el País de Residencia y se reciben servicios médicos en otro lugar donde el Deducible pueda ser más alto, el Asegurado deberá pagar la diferencia entre ambos Deducibles.

- 5.3** En caso de Accidente Grave, según se define en esta Póliza, el Deducible será exonerado durante la primera Hospitalización Médicamente Necesaria que ocurra inmediatamente después de dicho Accidente Grave. Para cualquier tratamiento posterior, el Deducible será aplicado.
- 5.4** Cualquier Gasto Cubierto que haya sido aplicado al Deducible de un Asegurado durante los tres (3) últimos meses del Año Póliza será transferido y aplicado al Deducible del mismo Asegurado en el siguiente Año Póliza.
- 5.5** El Deducible será exonerado hasta un monto máximo de cinco mil dólares (US\$5,000) por evento en caso de Accidente o Emergencia mientras el Asegurado viaja por negocios o turismo fuera de su País de Residencia. El Asegurado deberá presentar comprobante de viaje, como pasaporte con fechas de entrada/salida o copia de la visa de negocios o turista (no inmigrante). Este beneficio cubre tratamientos médicos incurridos o tratados en Hospitales, salas de emergencia, centros de urgencias, clínicas ambulatorias y consultas médicas privadas, y está sujeto a las siguientes consideraciones:
- a. Los eventos relacionados con afecciones médicas crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc., solo calificarán para este beneficio si el Asegurado ha estado estable y sin cambios en el tratamiento de la condición en cuestión durante al menos los últimos seis (6) meses antes del Accidente o Emergencia.
 - b. El Deducible será exonerado solamente por los gastos médicos incurridos o indicados durante el tratamiento de dicho Accidente o Emergencia. Un seguimiento inmediato Médicamente Necesario relacionado con el mismo evento también estará exonerado del pago del Deducible. Para cualquier otro evento médico o tratamiento posterior, incluyendo, pero no limitado a terapias físicas y de rehabilitación, se aplicará el Deducible correspondiente.
 - c. En caso de Deducibles superiores a cinco mil dólares (US\$5,000), el Asegurado deberá cubrir la diferencia, después de la exoneración de este monto máximo.
- 5.6** De acuerdo con lo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, el Deducible se reducirá en un cincuenta por ciento (50%) para el Asegurado que no haya presentado reclamaciones durante tres (3) Años Póliza consecutivos. Este beneficio no aplica en el caso de Deducibles familiares. Una vez que se haya presentado una reclamación, para calificar para este beneficio deberá transcurrir un nuevo período de tres (3) Años Póliza, contados a partir de la siguiente Fecha de Aniversario. El cambio a otro Deducible o plan que ofrezca este beneficio no interrumpe el conteo del período de tres (3) Años Póliza sin presentar reclamaciones. Se aplicará el beneficio menor hasta que se cumpla un nuevo período de tres (3) Años Póliza sin reclamaciones. Este beneficio aplica únicamente para Deducibles iguales o inferiores a cinco mil dólares (US\$5,000). Los Exámenes Médicos de Rutina y las reclamaciones en las que la Aseguradora no emita pagos a un Proveedor ni al Asegurado Titular no serán considerados para calificar para este descuento.

ART. 6 BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

6.1 Cobertura Geográfica y Red de Proveedores del Producto

La cobertura geográfica ofrecida por su Póliza está indicada en la Tabla de Beneficios correspondiente.

Si su plan está sujeto a una Red de Proveedores del Producto, esto también se indicará en la Tabla de Beneficios correspondiente. Cuando los Asegurados reciben atención dentro de la Red de Proveedores del Producto, optimizan los beneficios proporcionados por su Póliza. Para determinar si un Proveedor pertenece a la Red de Proveedores del Producto, los Asegurados deben comunicarse directamente con la Aseguradora antes de recibir cualquier servicio médico. Se recomienda obtener la lista actualizada de Proveedores afiliados a dicha red directamente con la Aseguradora. La Red de Proveedores del Producto puede modificarse en cualquier momento sin previo aviso.

6.2 Red de Proveedores para Tratamientos Médicos Avanzados

Grupo de Proveedores con los que la Aseguradora ha suscrito acuerdos para que los Asegurados reciban los Tratamientos Médicos Avanzados necesarios para ciertas condiciones (según se define en esta Póliza). El propósito de esta red es proporcionar a nuestros Asegurados acceso a terapias, técnicas y tecnologías de vanguardia, maximizando al mismo tiempo los montos de sus beneficios. La lista de Proveedores que conforman esta red está disponible contactando directamente a la Aseguradora. La Aseguradora no se hace responsable por la calidad de los servicios prestados por dichos Proveedores.

6.3 Gastos Cubiertos

Según lo indicado en esta Póliza, y sujeto a las estipulaciones contenidas en las Condiciones de Cobertura y a todos los demás términos y disposiciones, los Gastos Cubiertos son los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables incurridos por los Asegurados después de la Fecha de Inicio de Cobertura, durante el período en que esta Póliza se encuentre vigente.

Los Gastos Cubiertos incluyen tratamientos, servicios médicos o suministros Medicamente Necesarios incurridos como resultado de, o en relación con, Enfermedades o condiciones médicas cubiertas.

Los Gastos Cubiertos incluyen, entre otros:

- a. Servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios;
- b. Servicios ambulatorios;
- c. Pruebas de diagnóstico mayor, y
- d. Medicamentos por Prescripción Médica, Equipo Médico Durable e implantes quirúrgicos.

Los Asegurados tienen derecho a los beneficios descritos en esta Póliza, en la Tabla de Beneficios correspondiente y en su Certificado de Cobertura, sujetos a los términos y condiciones establecidos en los mismos.

6.4 Cama para Acompañante de Menor de Edad Hospitalizado

Los cargos incluidos en la factura hospitalaria por concepto de cama en el Hospital para el acompañante de un Asegurado con menos de dieciocho (18) años de edad, serán cubiertos únicamente cuando así se indique en la Tabla de Beneficios correspondiente.

6.5 Honorarios del Cirujano Principal

Los honorarios del cirujano principal se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables que correspondan a los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor determinado.

6.6 Honorarios del Anestesta

Los honorarios del cirujano principal se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables aprobados, calculados como un porcentaje de los honorarios del cirujano principal para procedimientos específicos, o con base en las tarifas especiales establecidas o contratadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor específico.

6.7 Honorarios del Médico/Cirujano Asistente

Los honorarios del cirujano principal se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables aprobados, calculados como un porcentaje de los honorarios del cirujano principal para procedimientos específicos, o con base en las tarifas especiales establecidas o contratadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor específico, cuando su participación en un procedimiento quirúrgico determinado sea Médicamente Necesaria.

6.8 Cirugía Reconstructiva

Los Gastos Cubiertos por cirugía reconstructiva se pagarán hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, únicamente cuando la cirugía sea:

- Para el tratamiento de una Enfermedad cubierta que no es una Condición Preexistente.
- En relación con una Lesión causada por un Accidente cubierto que ocurra mientras la Póliza se encuentra en vigor.
- En el caso de cirugía nasal, cuando sea Médicamente Necesaria para el tratamiento de deformidades de la nariz o del tabique causadas por un traumatismo producto de un Accidente cubierto, o para el tratamiento de Cáncer en la nariz.

Para obtener aprobación de cobertura para una cirugía reconstructiva, el Asegurado debe notificar previamente a la Aseguradora y obtener la autorización correspondiente, conforme a las disposiciones de esta Póliza. La evidencia del traumatismo, en forma de fractura, deberá ser confirmada mediante estudios radiológicos (rayos X, tomografías, resonancias magnéticas) y presentada a la Aseguradora al momento de solicitar la aprobación.

6.9 Cirugía Profiláctica para Reducción de Riego de Cáncer

Los Gastos Cubiertos se pagarán únicamente cuando así se indique en la Tabla de Beneficios correspondiente y se cumplan las siguientes condiciones:

- El Asegurado tiene una predisposición conocida al Cáncer con mutación deletérea (BRCA1, BRCA2 u otra fuerte predisposición genética de susceptibilidad al Cáncer) confirmada mediante pruebas genéticas realizadas con posterioridad al término del Período de Espera del Beneficio.

- b. Se confirma por InterConsulta® que la cirugía es Medicamento Necesaria.
- c. Se ha cumplido el Período de Espera del Beneficio de doce (12) meses desde la Fecha de Inicio de Cobertura.
- d. Todos los servicios deben ser previamente autorizados y coordinados por la Aseguradora.

El monto máximo de este beneficio incluye todos los procedimientos y complicaciones relacionados con la cirugía profiláctica autorizada. El costo de las pruebas genéticas u otros procedimientos similares que hayan determinado la predisposición genética mencionada en el inciso a, podrá incluirse dentro del monto máximo de este beneficio. No se cubrirán los costos de ninguna prueba genética realizada antes de haber cumplido el Período de Espera del Beneficio.

En caso de que se solicite un cambio de plan en el que el monto de este beneficio sea superior, prevalecerá el monto menor ofrecido en el plan anterior durante los doce (12) meses siguientes a la fecha del cambio.

6.10 Cirugía Bariátrica, de Bypass Gástrico y Otros Procedimientos para la Reducción de Peso

Los Gastos Cubiertos para estas cirugías, procedimientos y tratamientos, incluyendo medicamentos y complicaciones, se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente y se cumplan las siguientes condiciones:

- a. El Asegurado ha notificado a la Aseguradora tan pronto como haya sido diagnosticado como candidato para la cirugía o tratamiento, a fin de que la Aseguradora pueda autorizar y coordinar el procedimiento.
- b. Se ha cumplido el Período de Espera del Beneficio de veinticuatro (24) meses desde la Fecha de Inicio de Cobertura.
- c. Se confirma por InterConsulta® que el procedimiento es la mejor alternativa y es Medicamento Necesario.
- d. El tratamiento se lleva a cabo dentro de la Red de Proveedores preferida específicamente designada por la Aseguradora para este beneficio, cuando así se especifique en la autorización correspondiente.

En caso de que se solicite un cambio de plan en el que el monto de este beneficio sea mayor, prevalecerá el monto menor ofrecido en el plan anterior durante los veinticuatro (24) meses siguientes al cambio de plan.

6.11 Condiciones Congénitas y/o Hereditarias

Los Gastos Cubiertos por Condiciones Congénitas y/o Hereditarias se pagarán hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente.

En caso de nacimientos por parto múltiple provenientes de una Maternidad Cubierta, que no sea resultado de ningún tipo de Tecnología de Reproducción Asistida, cada recién nacido tendrá derecho al monto máximo del beneficio.

Las condiciones diagnosticadas a cualquier edad que sean consecuencia de Tecnologías de Reproducción Asistida quedan excluidas de cobertura.

Los Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con Condiciones Congénitas y Condiciones Hereditarias estarán cubiertos al cien por ciento (100%) del monto del beneficio indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, cuando se realicen dentro de la Red de Proveedores para Tratamientos Médicos Avanzados. Estos tratamientos deberán ser previamente autorizados y coordinados por la Aseguradora. Si el Asegurado elige recibir el tratamiento fuera de dicha Red, la Aseguradora cubrirá el tratamiento conforme a lo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente.

6.12 Trasplante de Órganos y Tejidos

Los Gastos Cubiertos por Trasplantes de órganos y tejidos se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. Este límite incluye cualquier beneficio relacionado con Trasplantes que haya sido previamente pagado por la Aseguradora bajo otra Póliza, Plan o Anexo de la misma Aseguradora o de cualquiera de sus compañías afiliadas.

Este beneficio incluye tratamientos, procedimientos, servicios y suministros Médicamente Necesarios relacionados con un Trasplante de órganos o tejidos cubierto. Los procedimientos y los centros donde se llevarán a cabo deben ser aprobados previamente por la Aseguradora.

El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora tan pronto como haya sido diagnosticado como candidato para el Trasplante, con el fin de que ésta pueda autorizar y coordinar los procedimientos. Los servicios relacionados con el Trasplante no serán cubiertos si la Aseguradora no fue notificada con antelación para permitir su debida autorización y coordinación, según lo requerido.

Es requisito previo para la aprobación del Trasplante la realización de una InterConsulta®. La Aseguradora se reserva el derecho de someter la documentación médica relacionada con el Trasplante a uno o más especialistas en Trasplantes, con el fin de establecer la Necesidad Médica.

El beneficio incluye:

- a. El cuidado previo al Trasplante, que comprende los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del Trasplante, la evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, así como su preparación y estabilización.
- b. Todos los estudios preoperatorios, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (IRM), ecografías, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros.
- c. El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano o tejido, así como los gastos del Donante Vivo, hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- d. El procedimiento quirúrgico para trasplantar el órgano o tejido y la cobertura de un corazón artificial o dispositivos mono o bi-ventriculares que permitan la viabilidad del paciente hasta que reciba el Trasplante definitivo.

- e. Todos los cuidados posteriores al Trasplante directamente relacionados con el procedimiento, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante, así como cualquier complicación que surja después del procedimiento, sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- f. Cualquier Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano o tejido trasplantado.

Los Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con Trasplantes de órganos y tejidos estarán cubiertos al cien por ciento (100 %) del monto del beneficio indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, cuando se realicen dentro de la Red de Proveedores para Tratamientos Médicos Avanzados. Estos tratamientos deberán ser previamente autorizados y coordinados por la Aseguradora. Si el Asegurado elige recibir el tratamiento fuera de dicha Red, la Aseguradora cubrirá el tratamiento conforme a lo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente.

No tendrá cobertura ningún tratamiento, procedimiento, servicio o cirugía cuando:

- a. No sea Medicamento Necesario.
- b. Sea considerado electivo, Experimental o Investigativo.
- c. Se lleve a cabo cuando el Asegurado tenía acceso a procedimientos y/o tratamientos alternativos con el mismo nivel de eficacia y atención para tratar la condición médica o enfermedad que originó la necesidad del Trasplante.
- d. Sea originado por, o resultado de, un Trasplante que involucre el uso de un artefacto mecánico o equipo artificial destinado a reemplazar un órgano humano, o cuando el donante sea un animal.
- e. Se realice como consecuencia de un Trasplante fallido llevado a cabo antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, o de un Trasplante no aprobado realizado con posterioridad a dicha fecha.

6.13 Transporte de Emergencia

Los Gastos Cubiertos por transporte en Ambulancia Aérea y/o Ambulancia Terrestre se cubrirán hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. Este beneficio solo aplica en casos de Emergencia, según se define en esta Póliza. Los casos en los que se recomiende el transporte aéreo privado, pero no califiquen como Emergencia, no tendrán cobertura por Ambulancia Aérea.

El transporte de emergencia (Ambulancia Aérea o Ambulancia Terrestre) hacia el Hospital más cercano donde el Asegurado pueda recibir el tratamiento adecuado que no pueda proporcionarse localmente estará cubierto únicamente si se cumplen las siguientes condiciones:

- a. Si el transporte de emergencia es Medicamento Necesario para trasladar al Asegurado al Hospital más cercano donde pueda recibir el tratamiento más adecuado.
- b. Si el transporte de emergencia está relacionado con una condición cubierta o un Accidente para el cual no se puede brindar tratamiento en el lugar donde se encuentra el paciente o donde ocurrió el Accidente.

- c. Si el transporte por cualquier otro medio pudiera poner en riesgo la vida, la integridad física o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.
- d. Si el transporte de emergencia cuenta con equipo e instrumentos médicos especializados a bordo, una tripulación capacitada en traslados médicos de emergencia, y es operado por una empresa legalmente autorizada y licenciada como servicio de ambulancia.
- e. Si los servicios de Ambulancia Aérea y Ambulancia Terrestre han sido notificados. Adicionalmente, los servicios de Ambulancia Aérea deben ser previamente aprobados y coordinados por la Aseguradora, de acuerdo con la cobertura disponible y las disposiciones establecidas en esta Póliza.
- f. El Asegurado acepta eximir de responsabilidad a la Aseguradora y a cualquier empresa afiliada por cualquier negligencia derivada de dichos servicios, o por retrasos o restricciones en los vuelos causados por fallas mecánicas, restricciones gubernamentales, decisiones del piloto o la aerolínea, condiciones operativas, mal tiempo o cualquier otra causa ajena al control de la Aseguradora.

Viaje de Retorno

En caso de que el Asegurado haya sido transportado mediante Ambulancia Aérea, la Aseguradora reembolsará el costo de un boleto aéreo de regreso al País de Residencia del Asegurado o al país desde el cual fue transportado por Ambulancia Aérea, únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. El Deducible aplicará al reembolso del viaje de regreso.

6.14 Reembolso de Gastos de Viaje

La Aseguradora reembolsará el costo de un boleto aéreo para viajar desde el País de Residencia hasta uno de los Proveedores pertenecientes a la Red de Centros de Excelencia de Best Doctors, únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. Se requiere autorización previa por parte de la Aseguradora.

6.15 Medicamentos por Prescripción Médica

Los Gastos Cubiertos por medicamentos, incluidos los medicamentos para alergias, prescritos durante una Hospitalización o de forma ambulatoria, estarán cubiertos hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. Siempre deberá presentarse una copia de la prescripción médica junto con la reclamación.

Los Gastos Cubiertos se limitan a medicamentos que:

- a. Requieran prescripción médica y no sean de venta libre.
- b. Sean indicados por un Médico o farmacéutico autorizado y estén aprobados por la FDA o la EMA para el tratamiento de la condición médica del Asegurado.
- c. Sean dispensados dentro de un (1) año calendario desde su prescripción, sujeto a las leyes federales, estatales o a la regulación de la jurisdicción local correspondiente.

Los Medicamentos Especializados estarán cubiertos con base en la forma genérica más rentable. Si no se encuentra disponible un Medicamento Genérico o un Medicamento Biosimilar, el costo del Medicamento de Marca podrá estar cubierto conforme a lo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente.

En caso de que exista un Medicamento Genérico o un Medicamento Biosimilar y el Asegurado opte por adquirir el Medicamento de Marca, éste será responsable por el pago de la diferencia de costo entre ambos.

6.16 Equipo Médico Durable, Dispositivos Especiales, Prótesis Externas y Dispositivos Ortóticos

Los Gastos Cubiertos por Equipo Médico Durable (EMD), dispositivos especiales, prótesis externas y dispositivos ortóticos se pagarán hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, y estarán sujetos a los términos estipulados en esta Póliza. Para acceder a este beneficio, la Aseguradora deberá ser notificada previamente y obtenerse la autorización correspondiente, de acuerdo con las disposiciones establecidas en esta Póliza. La Aseguradora deberá coordinar este beneficio.

Los EMD, dispositivos especiales, prótesis externas y dispositivos ortóticos estarán cubiertos siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- Que proporcionen un beneficio terapéutico al Asegurado debido a ciertas condiciones médicas y/o Enfermedades.
- Que sean prescritos por un profesional autorizado.
- Que el Asegurado presente documentación que justifique la Necesidad Médica.
- Que no estén destinados principalmente a proporcionar comodidad o conveniencia.

En caso de que el beneficio sea autorizado y el Asegurado posteriormente adquiriera el EMD, dispositivo especial, prótesis externa o dispositivo ortótico, los Gastos Cubiertos serán reembolsados conforme a los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables previamente autorizados por la Aseguradora.

6.17 Terapia Física y Rehabilitación Ambulatoria y Cuidado Médico a Domicilio

Los Gastos Cubiertos por estos servicios se pagarán hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, siempre que hayan sido prescritos y certificados por el Médico tratante, sean Medicamente Necesarios para tratar la condición del Asegurado y sean proporcionados por un profesional autorizado en el país donde se realice el tratamiento. Estos servicios deben ser notificados y previamente autorizados por la Aseguradora. Adicionalmente, se requerirá un plan de tratamiento que justifique la Necesidad Médica.

La Aseguradora podrá realizar auditorías e inspecciones cuando lo estime conveniente. El Asegurado y/o sus familiares deberán ofrecer toda la colaboración necesaria para dichas inspecciones. El beneficio podrá suspenderse si las mismas no pueden llevarse a cabo por falta de cooperación.

- Terapias físicas, del habla y rehabilitación: podrán llevarse a cabo en un centro ambulatorio o en el domicilio del Asegurado. Si exceden los treinta (30) días, deberán ser notificadas para obtener la autorización previa de la Aseguradora.
- Cuidado médico a domicilio (Enfermero(a) privado(a)): estará cubierto cuando sea prescrito por el Médico tratante en lugar de una Hospitalización. Los servicios no cubren los Cuidados de Custodia, según la definición de esta Póliza. Los servicios están limitados a ocho (8) horas por día e incluyen cuidados de enfermería calificada, ya sea de forma parcial o recurrente.

6.18 Cobertura Dental por Accidente

Los Gastos Cubiertos por el tratamiento Médicamente Necesario para la restauración o reemplazo de dientes naturales sanos que hayan sido dañados o perdidos a causa de un Accidente cubierto, se pagarán hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. Los costos estarán cubiertos hasta la finalización del tratamiento, sujetos a las disposiciones del Artículo "Gastos Cubiertos".

6.19 Tratamientos Especiales

Los Gastos Cubiertos por trastornos del espectro autista, psiquiatría, terapias ocupacionales, apnea del sueño y otros trastornos del sueño se pagarán únicamente cuando estén incluidos en la Tabla de Beneficios correspondiente. Para ser elegible a esta cobertura, la condición debe haberse manifestado con posterioridad a la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado.

6.20 Implantes Cocleares

Los Gastos Cubiertos relacionados con un Implante Coclear, incluyendo la cirugía, complicaciones, terapia física y visitas de seguimiento, se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. Para calificar a esta cobertura, deberán cumplirse los siguientes requisitos:

- El procedimiento debe ser Médicamente Necesario debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que ocurra por primera vez después de la Fecha de Inicio de Cobertura (no debe tratarse de una Condición Preexistente).
- La Aseguradora debe ser informada con antelación de que el Asegurado es candidato para la cirugía o tratamiento de Implante Coclear.
- La cirugía o tratamiento de Implante Coclear debe ser previamente aprobado por la Aseguradora.

6.21 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Los Gastos Cubiertos por el tratamiento del VIH/SIDA se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. La condición estará cubierta siempre que no se hayan detectado anticuerpos del VIH (seropositividad) ni el virus del SIDA antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado. Aplica un Período de Espera del Beneficio de veinticuatro (24) meses. Para que la condición sea cubierta, la Aseguradora deberá ser notificada y el beneficio deberá estar previamente aprobado.

No se cubrirán tratamientos, procedimientos, servicios, cirugías o suministros cuando:

- El VIH/SIDA esté relacionado con el uso de alguna Sustancia Ilegal por vía intravenosa.
- El Asegurado esté bajo tratamientos o medicamentos Experimentales.

6.22 Enfermedad o Lesión en una Aeronave Privada

Cualquier Enfermedad o Lesión sufrida por el Asegurado en calidad de pasajero, piloto y/o miembro de la tripulación de una Aeronave Privada estará cubierta hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente y de conformidad con las estipulaciones de esta Póliza.

6.23 Tratamientos Alternativos y/o Complementarios

Únicamente los Gastos Cubiertos por los tratamientos y consultas alternativas y/o complementarias descritos a continuación se pagarán solo cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. No aplica Deducible. Cualquier otro tratamiento no listado a continuación no estará cubierto bajo este beneficio. Para ser elegible a esta cobertura, la condición tratada debe haberse manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio de Cobertura. El tratamiento debe ser realizado por un profesional autorizado en el país donde se lleve a cabo la consulta y/o el tratamiento.

- Acupuntura
- Hipnoterapia
- Masaje terapéutico
- Reflexología

6.24 Cuidados Paliativos/Atención para Pacientes Terminales

Los Gastos Cubiertos por Cuidados Paliativos o Atención para Pacientes Terminales se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. El Médico tratante debe haber certificado que el Asegurado ha sido diagnosticado con una condición terminal, que tiene una expectativa de vida menor a seis (6) meses, y que se ha presentado previamente un plan de tratamiento de Cuidados Paliativos o Atención para Pacientes Terminales ante la Aseguradora para su evaluación. La cobertura debe ser previamente aprobada por la Aseguradora.

6.25 Repatriación de Restos Mortales o Servicios de Cremación

En caso de que un Asegurado fallezca fuera de su País de Residencia, la Aseguradora cubrirá el costo de la repatriación de los restos al País de Residencia, o el costo de la cremación de los restos mortales, siempre que dicha cremación se lleve a cabo en el lugar del fallecimiento, hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. Este beneficio se ofrece únicamente si el fallecimiento es consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto. El beneficio se limita exclusivamente al transporte del cuerpo del Asegurado a su País de Residencia o, si no se realiza la repatriación, a los gastos directamente relacionados con la cremación de los restos mortales del Asegurado.

Para recibir este beneficio de repatriación de restos mortales o servicio de cremación, deberá notificarse previamente a la Aseguradora y obtenerse la autorización correspondiente conforme a los términos establecidos en esta Póliza.

Este beneficio se considera secundario frente a cualquier otro beneficio de repatriación o beneficio similar al cual el Asegurado tenga derecho o acceso, el cual tendrá prioridad sobre el presente beneficio.

6.26 Chequeo Médico de Rutina para Menor de Edad

Los Gastos Cubiertos por Chequeos Médicos de Rutina para Menor de Edad se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente.

- a. Durante el primer año de vida de un recién nacido cubierto por la Póliza, los exámenes médicos generales estarán cubiertos hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, incluyendo los gastos por análisis de laboratorio, radiografías y vacunas. No aplica Deducible.

- b. Después del primer año de vida y hasta los dieciocho (18) años de edad, la Póliza cubrirá los Chequeos Médicos de Rutina para Menor de Edad hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. No aplica Deducible.

A partir de los dieciocho (18) años de edad, el Asegurado Dependiente podrá utilizar el beneficio de "Examen Médico de Rutina (18 Años en Adelante)".

6.27 Examen Médico de Rutina (18 Años en Adelante)

Los Gastos Cubiertos por un (1) Examen Médico de Rutina para Asegurados de dieciocho (18) años en adelante se pagarán únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente. Este beneficio incluye análisis de laboratorio, radiografías, vacunas preventivas y cualquier otro gasto médico indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. No aplica Deducible.

6.28 Cuidados Preventivos

(Disponible únicamente para ciertos planes y Deducibles, cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente)

No aplica Deducible ni Período de Espera del Beneficio.

- a. Detección de Cáncer de colon:
El beneficio cubre hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios para la prueba de detección de Cáncer de colon en Asegurados de cincuenta (50) años de edad o más, cada diez (10) años. Para Asegurados considerados de alto riesgo, el beneficio estará disponible cada dos (2) años. Se considera alto riesgo, entre otros, a los Asegurados con antecedentes familiares importantes de Cáncer colorrectal o ciertos tipos de pólipos, así como a aquellos con antecedentes de síndromes hereditarios, como la poliposis adenomatosa familiar (FAP) o el síndrome de Lynch (también conocido como Cáncer colorrectal hereditario no polipósico - HNPCC).
- b. Mamografía:
El beneficio cubre hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios para Aseguradas de cuarenta (40) años de edad o más.
- c. Papanicolaou:
El beneficio cubre hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios, cada tres (3) años, para Aseguradas entre veintiún (21) y sesenta y cinco (65) años de edad.
- d. Detección de Cáncer de próstata:
El beneficio cubre hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios para Asegurados de cincuenta (50) años de edad o más.

6.29 Maternidad

(Disponible únicamente para ciertos planes y Deducibles, cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente)

El beneficio máximo por los Gastos Cubiertos por Maternidad está indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente, no está sujeto a Deducible, e incluye parto natural, Cesárea Electiva y tratamiento

prenatal y postnatal. Las Cesáreas de Emergencia se consideran Complicaciones del Parto y están cubiertas según lo indicado en el Artículo "Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento" y en la Tabla de Beneficios correspondiente, siempre y cuando se haya cumplido el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses.

El Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses para Maternidad aplica en todos los casos, independientemente de si se ha exonerado el Período de Espera de la Póliza de treinta (30) días. Cualquier servicio relacionado con un embarazo que ocurra antes de completar dicho período no tendrá cobertura.

En el caso de Convivientes/Parejas de Hecho del mismo sexo aseguradas bajo la misma Póliza, solo se podrá reclamar un (1) beneficio de Maternidad durante el mismo Año Póliza. Ambas Aseguradas deberán ser evaluadas para calificar para los beneficios de Maternidad, Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento, y para el Endoso de Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento, cuando esté disponible.

En el caso de hijas Aseguradas Dependientes que hayan estado cubiertas por más de diez (10) meses bajo la Póliza de sus padres, el Período de Espera del Beneficio de Maternidad (incluyendo Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento y extracción y preservación de Células Madre) será eliminado al emitírseles una nueva Póliza como Asegurada Titular o Cónyuge, bajo un plan similar con los mismos beneficios de Maternidad, solo cuando así se especifique en la Tabla de Beneficios correspondiente. En caso contrario, las hijas incluidas como Aseguradas Dependientes bajo la Póliza de sus padres (ya sea con la Aseguradora o con una compañía afiliada) podrán optar por una nueva Póliza individual con los mismos beneficios como Asegurada Titular o Cónyuge y deberán cumplir con el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses desde su Fecha de Inicio de Cobertura bajo la nueva Póliza para acceder a los beneficios de Maternidad, Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento y extracción y preservación de Células Madre.

Para los beneficios sujetos a la Red de Maternidad de Best Doctors, la lista de proveedores puede obtenerse directamente a través de la Aseguradora antes de recibir el servicio. Esta lista puede modificarse sin previo aviso. El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora antes de recibir los servicios.

6.30 Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento

(Disponible únicamente para ciertos planes y Deducibles, cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente)

Una vez cumplido el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses, las Complicaciones de Maternidad y las Complicaciones del Nacimiento, según se definen en esta Póliza, estarán cubiertas hasta el monto máximo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. Este beneficio incluye cualquier monto previamente pagado por concepto de Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento bajo cualquier otro plan y/o Endoso de Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento ofrecido por la Aseguradora o por cualquiera de sus compañías afiliadas.

No se otorgará cobertura para complicaciones durante un embarazo que sea resultado de tratamientos de fertilidad, Tecnologías de Reproducción Asistida, o embarazos no cubiertos por esta Póliza.

6.31 Extracción y Preservación de Células Madre

El costo de la extracción y preservación de Células Madre provenientes de sangre del cordón umbilical estará cubierto únicamente cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente y esté relacionado con una Maternidad Cubierta. En casos de embarazos múltiples, los costos estarán cubiertos únicamente para uno (1) de los recién nacidos. **Este beneficio no aplica al Deducible** y está sujeto al Período de Espera del Beneficio de Maternidad.

6.32 Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular

Cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el Contratante (o el Beneficiario designado, o los herederos legales del Asegurado Titular, si el Contratante es la misma persona que el Asegurado Titular) podrá optar por mantener la cobertura de la Póliza y sus Endosos para los Asegurados Dependientes incluidos en esta Póliza sin tener que pagar las primas correspondientes durante el período indicado en la Tabla de Beneficios, contado a partir de la próxima Fecha de Aniversario o Fecha de Renovación de la Póliza, lo que ocurra primero, siempre que la causa del fallecimiento haya sido una Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta Póliza.

Durante dicho período, los Asegurados Dependientes, o en su caso el Contratante, serán plenamente responsables de cualquier pago anticipado por servicios, Deducibles y de cualquier otro gasto administrativo o costo no cubierto bajo los términos de la Póliza.

La decisión de continuar con la cobertura para los Asegurados Dependientes conforme a este Artículo implicará la renuncia a cualquier derecho al reembolso de primas no devengadas, según lo establecido en el Artículo "Reembolsos de Primas No Devengadas".

6.33 Servicios Exclusivos

La Aseguradora proporciona y coordina el acceso a los siguientes servicios exclusivos cuando estén indicados en la Tabla de Beneficios correspondiente:

- a. **InterConsulta®:** Servicio exclusivo patentado por Best Doctors, Inc., que ofrece una revisión minuciosa de la información contenida en la historia médica por parte de un experto de Best Doctors, con el fin de ayudar al paciente a obtener un diagnóstico y tratamiento correctos.
- b. **Best Doctors Concierge™:** Servicio que coordina citas médicas, ingresos hospitalarios, logística de viajes, hospedajes y costos de transporte cuando los servicios médicos deban prestarse fuera del País de Residencia del Asegurado. Este servicio está disponible para los Asegurados bajo un acuerdo entre la Aseguradora y su proveedor, Best Doctors Insurance Services, LLC. El Asegurado es responsable de todos los gastos relacionados con viaje y hospedaje.
- c. **Cuidado Dirigido:** Programa para coordinar, supervisar y gestionar casos clínicos complejos y de larga duración. A través de este programa, la Aseguradora colabora con los Proveedores para asegurar que los Asegurados reciban los servicios Médicamente Necesarios en el entorno clínico más adecuado, conforme a su condición de salud y a los beneficios cubiertos por la Póliza. La Aseguradora determinará cuándo se debe activar este programa y, si es necesario, podrá solicitar la colaboración del Asegurado.

- d. **Elite Navigator™:** Este servicio pone a disposición del Asegurado un médico de apoyo, quien le ayudará a interpretar exámenes diagnósticos y resultados médicos, y le brindará herramientas para que pueda comunicar sus inquietudes de manera más clara y efectiva con su Médico tratante. Este servicio está disponible para los Asegurados bajo un acuerdo entre la Aseguradora y el proveedor Best Doctors Insurance Services, LLC, únicamente cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente.

ART. 7 EXCLUSIONES

- 7.1** Cualquier tratamiento, Lesión, Enfermedad o cargos resultantes de cualquier servicio o suministro que:
- a. Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico o profesional legalmente calificado, o
 - b. No este autorizado o recetado por un Médico o profesional legalmente calificado, o
 - c. Esté relacionado con el cuidado personal o Cuidado de Custodia, o
 - d. Sea un gasto relacionado con terapia recreativa o educacional.
- 7.2** Cualquier atención o tratamiento por, derivado de, o relacionado con, tanto directa como indirectamente, enfermedades o lesiones autoinfligidas, ya sea que el Asegurado esté en pleno uso de sus facultades mentales o no; suicidio; intentos de suicidio o suicidios fallidos; consumo de alcohol; uso o abuso de drogas; uso de Sustancias Ilegales o uso ilegal de sustancias controladas; estar bajo la influencia de cualquiera de estas sustancias; o debido a peleas o actos delictivos en los que el Asegurado participe por negligencia grave propia, excepto en los casos en que se demuestre, mediante sentencia firme emitida por un tribunal competente con jurisdicción, que se trató de un acto de legítima defensa.
- 7.3** Cualquier examen de rutina de la vista o del oído, audífonos para tratar la pérdida auditiva, Implantes Cocleares (excepto cuando la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente), anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y cualquier otro procedimiento destinado a corregir trastornos de la refracción ocular.
- 7.4** Cualquier examen médico o estudio diagnóstico que forme parte de un Examen Médico de Rutina, cualquier tratamiento profiláctico o vacunación, así como la emisión de certificados médicos y exámenes para determinar la aptitud del Asegurado para trabajar o viajar, y cualquier prueba genética o procedimiento similar, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 7.5** Cualquier atención quiropráctica, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de tratamiento de Medicina Alternativa o Medicina Complementaria, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente, así como cualquier complicación derivada de dichos tratamientos o tratamientos realizados por profesionales que no cuenten con la licencia correspondiente en el país donde se lleve a cabo el tratamiento.

- 7.6** Cualquier enfermedad o lesión no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso que se manifieste dentro de los primeros treinta (30) días a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura. Cualquier condición o síntoma que no haya sido causado por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso y que se manifieste por primera vez durante este período será excluido de manera permanente, incluso si esta Póliza ofrece cobertura para dicha condición.
- 7.7** Cualquier cirugía electiva o estética o tratamiento médico cuyo propósito principal sea el embellecimiento, salvo que sea Medicamento Necesario debido a una Lesión, deformidad o Enfermedad cubierta por esta Póliza que haya ocurrido por primera vez después de la Fecha de Inicio de Cobertura. Cualquier tratamiento quirúrgico del tabique nasal o de una deformidad nasal que no haya sido causado por un Accidente o trauma, así como sus complicaciones, efectos secundarios o consecuencias, estará excluido, excepto cuando la cobertura esté especificada en la Tabla de Beneficios correspondiente para cirugía reconstructiva.
- 7.8** Cualquier cargo relacionado con Condiciones Preexistentes, según se definen en esta Póliza, regiones anatómicas excluidas, así como complicaciones y tratamientos relacionados con las condiciones excluidas.
- 7.9** Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento o combinación de medicamentos, Hospitalización, servicio o suministro que al momento de ser ofrecido no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado por las normas de los Estados Unidos; que no haya sido aprobado para la condición o indicación específica por la FDA y/o la EMA y cuya aprobación sea requerida, sin importar el lugar donde se hayan incurrido los gastos médicos; o en casos en que el Asegurado esté inscrito en un estudio o tratamiento Experimental patrocinado por terceros, incluyendo, pero no limitado a, cualquier servicio médico derivado, así como sus consecuencias y/o complicaciones.
- 7.10** Cualquier tratamiento o gasto en instituciones gubernamentales (tales como Hospitales de seguro social) o privadas en las que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no existir un seguro médico. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto Investigativo para el procedimiento en cuestión.
- 7.11** Cualquier procedimiento, servicio o suplemento para el tratamiento del síndrome de fatiga crónica, la apnea del sueño y cualquier otro trastorno del sueño, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 7.12** Cualquier procedimiento o tratamiento para trastornos relacionados con Enfermedades mentales y/o psiquiátricas, trastornos de la conducta o del desarrollo, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente bajo el beneficio de "Tratamientos Especiales".
- 7.13** Cualquier gasto que exceda el costo Usual, Acostumbrado y Razonable, según lo definido en esta Póliza.

- 7.14** Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in vitro, enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Tecnología de Reproducción Asistida, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH positivo) o enfermedades consecuencia del mismo, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 7.15** Cualquier tratamiento no quirúrgico de los pies, incluyendo, pero no limitado a pedicura, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros soportes especiales de cualquier tipo o forma relacionados con trastornos de los pies como callos, callosidades, juanetes (Hallux Valgus), dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y otros trastornos sintomáticos de los pies, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 7.16** Cualquier gasto, servicio o tratamiento para la obesidad, control de peso, tratamientos para perder o ganar peso, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, cirugía bariátrica o de "bypass" gástrico, sus complicaciones, tratamientos y cualquier otro procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 7.17** Cualquier tratamiento relacionado con problemas del crecimiento, estimulación del crecimiento óseo o cualquier tratamiento relacionado con la hormona de crecimiento, sin importar la razón por la cual haya sido prescrito.
- 7.18** Cualquier gasto por tratamiento de la madre o del recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta, Complicaciones de la Maternidad o Complicaciones del Nacimiento, salvo lo estipulado en el beneficio de "Condiciones Congénitas y/o Hereditarias", incluyendo, pero no limitado a cualquier prueba, tratamiento, medicamentos y/o procedimientos, el embarazo resultante, complicaciones del embarazo, cuidados durante el parto y postparto.
- 7.19** Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducida, salvo que exista evidencia de una condición médica que justifique el procedimiento o que sea consecuencia de una violación.
- 7.20** Cualquier tratamiento dental o de ortodoncia, incluyendo, pero no limitado a procedimientos quirúrgicos en la mandíbula, independientemente de la causa o etiología, excepto cuando sea Medicamento Necesario como resultado de un Accidente cubierto, conforme a lo estipulado en el beneficio de "Tratamiento Dental de Emergencia por Accidente".
- 7.21** Cualquier tratamiento de Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre prestando servicios como miembro de la policía o de una unidad militar, o mientras participe directamente en una guerra, motín, rebelión, revolución, actos de terrorismo, eventos o actos similares, conmoción civil, huelga, alteración del orden público o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 7.22** Cualquier admisión en un Hospital por más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada.

- 7.23** Cualquier tratamiento brindado por un familiar directo, incluido, pero no limitado al Cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el hogar del Asegurado, así como cualquier tratamiento brindado en una entidad o instalación que sea propiedad de o esté bajo la supervisión del Asegurado o de un familiar directo, excepto aquellos que hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora.
- 7.24** Cualquier medicamento de venta libre cuya adquisición no requiera prescripción médica, así como cualquier suplemento dietético y/o alimenticio, supresores del apetito, vitaminas, medicamentos contra el envejecimiento, medicamentos o tratamientos para la regeneración del cabello.
- 7.25** Cualquier gasto relacionado con equipo de riñón artificial personal para uso residencial, la adquisición e implantación de corazón artificial, dispositivos mono- o biventriculares, órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la crio-preservación y almacenamiento de tejido o células por más de veinticuatro (24) horas de duración, salvo los exámenes de laboratorio y la conservación de células madre cuando la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.
- 7.26** Cualquier lesión o enfermedad causada por, o relacionada con energía atómica, radioactividad proveniente de materiales nucleares, desechos nucleares, combustión de combustible o dispositivos nucleares, así como terapias con rayos X o radioterapia sin supervisión médica.
- 7.27** Cualquier gasto relacionado con el extravío, reparación o reemplazo de Equipo Médico Durable dañado, salvo que haya expirado su vida útil, así como cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de un Equipo Médico Durable que tenga el mismo propósito o fin.
- 7.28** Cualquier tratamiento quirúrgico que incluya más de un (1) asistente de cirugía, salvo autorización previa por parte de la Aseguradora.
- 7.29** Cualquier tratamiento, servicio o suministro brindado en instituciones psiquiátricas, casas de reposo, centros de vida asistida, centros de cuidados a largo plazo, spas de salud o balnearios terapéuticos.
- 7.30** Cualquier servicio médico proporcionado en situaciones donde un tercero esté obligado a pagar por los Gastos Cubiertos del Asegurado, en virtud de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual.
- 7.31** Cualquier reclamo o gasto incurrido por tratamiento, servicio o suministro realizado en países o por/ para personas y/o compañías sujetos a restricciones comerciales, sanciones económicas o políticas, y/o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos o por cualquiera de sus agencias o dependencias.
- 7.32** Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de Trasplante, incluyendo, pero no limitado a Trasplante de órganos humanos, artificiales o animales, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente o cuando el Asegurado haya contratado el Endoso de Trasplante de Órganos.
- 7.33** Cualquier tratamiento por Lesiones, Accidentes o Enfermedades derivados de la participación en deportes practicados con fines de compensación o en Deportes Profesionales, excepto cuando la cobertura específica esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente.

ART. 8 NOTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

8.1 Ventajas de la Notificación

Algunos de los beneficios cubiertos por esta Póliza están sujetos a notificación previa. A través de este requisito, la Aseguradora puede confirmar la elegibilidad del Asegurado, autorizar la prestación de los servicios correspondientes, negociar mejores descuentos en beneficio del Asegurado y controlar los costos médicos.

En todos los casos, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora sobre su intención o necesidad de Hospitalización, cirugía ambulatoria, Exámenes de Diagnóstico Mayor, servicios de Ambulancia Terrestre o Ambulancia Aérea.

Antes de programar cualquier tratamiento, el Asegurado debe confirmar con la Aseguradora si el Proveedor forma parte de la Red de Proveedores del Producto contratado, a fin de evitar penalidades por el uso de proveedores fuera de dicha red.

Además, el Asegurado deberá obtener la autorización requerida para los siguientes beneficios, siempre que estén cubiertos en la Tabla de Beneficios correspondiente:

- Cirugía reconstructiva de la nariz
- Cirugía profiláctica para reducción de riesgo de Cáncer
- Cirugía bariátrica, bypass gástrico y otros procedimientos para reducción de peso
- Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con el Cáncer, las Condiciones Congénitas y Hereditarias y los Trasplantes de órganos y tejidos
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Transporte de emergencia por Ambulancia Aérea
- Equipo Médico Durable o dispositivos especiales

Terapia física ambulatoria, rehabilitación y cuidado médico a domicilio

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- Cuidados Paliativos o Atención para Pacientes Terminales
- Repatriación de restos mortales o servicios de cremación
- Partos dentro de la Red de Maternidad de Best Doctors

Los siguientes beneficios también deberán ser coordinados por la Aseguradora:

- Cirugía profiláctica para reducción de riesgo de Cáncer
- Cirugía bariátrica, bypass gástrico y otros procedimientos para reducción de peso
- Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con el Cáncer, las Condiciones Congénitas y Hereditarias y los Trasplantes de órganos y tejidos
- Trasplantes de órganos y tejidos
- Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea
- Equipo Médico Durable o dispositivos especiales
- Implantes Cocleares

8.2 Plazos para la Notificación

Para cumplir con el requisito de notificación, el Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación, conforme a los siguientes plazos:

- a. Para cualquier servicio médico que requiera notificación, según lo indicado en el Artículo "Ventajas de la Notificación": al menos setenta y dos (72) horas antes de recibir el servicio.
- b. Para todos los servicios de Emergencia: dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al evento, ya sea por el Asegurado o por una persona actuando en su nombre.

Si la Aseguradora no recibe la notificación requerida dentro de los plazos establecidos en los incisos "a" y "b", salvo que exista una causa ajena no imputable al Asegurado, éste será responsable del treinta por ciento (30%) del total de los Gastos Cubiertos, incluyendo el Deducible y el Coaseguro aplicables. El Asegurado será responsable ante el Proveedor por todos los gastos no cubiertos por esta Póliza.

La Aseguradora no devolverá la documentación original recibida. En caso de requerirse, podrá facilitarse una copia mediante solicitud por escrito.

ART. 9 PROCESO DE REEMBOLSO

9.1 Para obtener el reembolso de los Gastos Cubiertos pagados por el Asegurado, éste deberá presentar una solicitud de reembolso formal a la Aseguradora que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía de los gastos incurridos. La presentación de una solicitud de reembolso no será necesaria en aquellos casos en los que el Proveedor haya acordado recibir el pago directamente de la Aseguradora.

En los casos en que la Aseguradora no pueda realizar el pago directo al Proveedor o cuando el Asegurado no haya realizado la notificación de acuerdo con lo indicado en el Artículo "Ventajas de la Notificación", los reembolsos se efectuarán con base en los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables, según lo definido en esta Póliza. La Aseguradora realizará los pagos en moneda de curso legal. El total de los pagos recibidos por concepto de reembolso no podrá exceder el valor total efectivamente pagado por el Asegurado.

En caso de Accidente, el Asegurado deberá entregar una declaración por escrito que incluya todos los datos relativos al Accidente, sus circunstancias, y un reporte policial, si existiera. En caso de que se presenten simultáneamente dos (2) o más solicitudes de reembolso por diferentes Asegurados, deberán separarse los gastos por Asegurado, Enfermedad o Accidente y Proveedor.

Si la documentación presentada está incompleta o es inadecuada, podrá retrasarse el proceso de reembolso o cerrarse la reclamación temporalmente hasta que se reciba la información faltante dentro de los plazos establecidos en esta Póliza.

Las reclamaciones deberán recibirse dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha del tratamiento o servicio. Si no se recibe toda la información solicitada dentro de dicho período, la reclamación no será procesada y la Aseguradora quedará eximida de toda responsabilidad.

Una vez iniciado el proceso de reclamación, el Asegurado deberá enviar la información solicitada por la Aseguradora en un plazo no mayor a noventa (90) días a partir del primer requerimiento. Si la información no es proporcionada dentro de este período, la reclamación será cerrada, y la Aseguradora quedará liberada de cualquier obligación.

Es obligación del Asegurado cooperar con la Aseguradora en todos los requisitos necesarios para procesar un reembolso, incluyendo auditorías y/o visitas programadas del personal designado por la Aseguradora para confirmar el diagnóstico, tratamiento o la validez de la reclamación. La falta de cooperación podrá derivar en la suspensión de beneficios y/o el rechazo de la reclamación.

En caso de que se haya cubierto por error una reclamación por gastos excluidos de cobertura, la Aseguradora no estará obligada a continuar asumiendo dichos pagos desde la fecha en que se identifique el error.

La Aseguradora se reserva el derecho de retener reembolsos cuyo valor sea inferior al umbral mínimo de cien dólares (US\$100), según lo determine razonablemente a su discreción. Dichos reembolsos se acumularán con pagos futuros hasta alcanzar o superar dicho umbral. La Aseguradora también podrá, a su criterio, aplicar esos montos acumulados al pago de una prima futura si el Asegurado Titular y el Contratante son la misma persona. Cualquier cantidad aplicada a la prima reducirá el monto adeudado.

9.2 Para cumplir con el proceso de reclamación, el Asegurado deberá:

- a. Presentar el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, debidamente completado y firmado, junto con el informe médico correspondiente.
- b. Presentar facturas y recibos originales desglosados, que reflejen los cargos emitidos por Hospitales, farmacias, Médicos tratantes, pruebas diagnósticas, exámenes de laboratorio, etc., incluyendo:
 - i. Nombre y fecha de nacimiento del paciente.
 - ii. Diagnóstico y tipo de servicio prestado (consultas, procedimiento, exámenes, Hospitalización, etc.).
 - iii. Fecha, monto desglosado del gasto y constancia de pago por parte del Asegurado.
 - iv. Nombre del Proveedor, especialidad, número de identificación fiscal o número de afiliación otorgado por la autoridad regulatoria correspondiente.
 - v. En caso de gastos de farmacia, se debe incluir la factura desglosada junto con la receta médica, y una clara indicación de cuáles medicamentos o artículos están relacionados con la condición tratada.

9.3 Gastos Médicos Incurridos en los Estados Unidos de América

Cuando la cobertura en los Estados Unidos esté incluida en la Tabla de Beneficios correspondiente, el Asegurado deberá obtener de los Proveedores médicos en los Estados Unidos los siguientes formularios:

- a. Formulario CMS-1500 (formulario universal emitido por los Médicos en los Estados Unidos)
- b. Formulario UB-04 (formulario universal emitido por los Hospitales en los Estados Unidos), o

- c. Una factura detallada que contenga la siguiente información:
 - i. Nombre del Proveedor, dirección y número de identificación fiscal (Tax ID),
 - ii. Fecha en la que se prestó el servicio,
 - iii. Código de Procedimiento (códigos CPT y HCPCS), y
 - iv. Código de Diagnóstico (código ICD-10).

ART. 10 ADMINISTRACIÓN: ARTÍCULOS GENERALES

10.1 Condiciones Preexistentes

Las Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro Médico tendrán cobertura una vez vencido el Período de Carencia de la Póliza correspondiente a cada Asegurado, salvo que la Aseguradora imponga limitaciones o las excluya mediante una Enmienda al Certificado de Cobertura.

Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro Médico no estarán cubiertas en ningún momento. Tampoco estarán cubiertos los riesgos de complicaciones u otras condiciones que resulten directa o indirectamente de una Condición Preexistente no declarada. Por su facultad de aceptar, rechazar y analizar riesgos, la Aseguradora se reserva el derecho de modificar, excluir retroactivamente total o parcialmente la cobertura, rescindir o cancelar esta Póliza si llegara a comprobar una omisión, declaración inexacta o la existencia de una Condición Preexistente no declarada en la Solicitud de Seguro Médico, conforme a lo dispuesto en el Artículo "Aviso Importante sobre la Solicitud de Seguro Médico".

10.2 Cobertura durante el Período de Carencia de la Póliza

Aplica un Período de Carencia de la Póliza de treinta (30) días, contado a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado. Durante dicho período, solo estarán cubiertas las condiciones o Lesiones causadas por un Accidente cubierto, así como las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este lapso.

Cualquier otra Enfermedad, Lesión o síntoma no causado por un Accidente cubierto ni de origen infeccioso que ocurra o se manifieste por primera vez dentro del Período de Carencia de la Póliza, quedará excluido de forma permanente.

10.3 Eliminación del Período de Carencia de la Póliza

El Período de Carencia de la Póliza podrá ser eliminado, a entera discreción de la Aseguradora, siempre que:

- a. El Asegurado demuestre, al momento de solicitar la cobertura, que se encontraba previamente asegurado bajo una póliza de seguro de salud con cobertura internacional similar, vigente durante al menos un (1) año continuo e inmediatamente anterior a la Fecha de Inicio de Cobertura solicitada;
- b. La Solicitud de Seguro Médico se haya presentado a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización de la cobertura anterior, y

- c. La existencia de dicha cobertura haya sido debidamente declarada en la Solicitud de Seguro Médico y la Aseguradora haya recibido copia de la póliza anterior y del recibo de prima del último año o el último aviso de renovación de esa cobertura.

En caso de exoneración del Período de Carencia de la Póliza, los beneficios pagaderos por cualquier condición manifestada dentro de los primeros treinta (30) días de la Fecha de Inicio de Cobertura estarán permanentemente limitados al beneficio menor provisto entre esta Póliza y la póliza anterior.

10.4 Datos Personales

La Aseguradora requiere recabar, tratar, transferir y almacenar Datos Personales, incluidos aquellos considerados como sensibles, de los Contratantes, Asegurados Propuestos, Asegurados Titulares y sus Asegurados Dependientes, así como de los Consultores Independientes, para fines relacionados con la administración del Contrato de Seguro.

Entre los fines se encuentran, sin limitarse a: la evaluación de riesgos, el proceso de suscripción, la contratación y el reaseguro; la coordinación de beneficios, la tramitación de reclamaciones, la emisión y recepción de pagos, entre otros.

Los Datos Personales tratados por la Aseguradora, sus subsidiarias y afiliadas, están protegidos conforme a la Ley de Protección de Información Personal de Bermuda (PIPA, por sus siglas en inglés) y otras normativas aplicables que regulan su uso y divulgación, establecen los derechos de los titulares de los datos, y garantizan su seguridad y confidencialidad.

Al presentar la Solicitud de Seguro o cualquier otro formulario relacionado, como el Formulario de Traspaso o la Solicitud de Corrección o Actualización, ya sea de forma directa o por medio de un Consultor Independiente, el Contratante y el Asegurado Titular autorizan expresamente a la Aseguradora a tratar sus Datos Personales para los fines relacionados con este Contrato.

La Aseguradora pone a disposición del Contratante, del Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes su Aviso de Privacidad, el cual puede consultarse en www.bestdoctorsinsurance.com, donde se detallan los derechos del titular y los procedimientos para su ejercicio.

10.5 Autorización para la Entrega de Información Médica al Consultor Independiente

Al aceptar esta Póliza, el Asegurado Titular declara que entiende y acepta que el Consultor Independiente tendrá acceso a toda su información médica confidencial (pasada, presente y futura) y la de sus Asegurados Dependientes, la cual podrá ser entregada a la Aseguradora, a sus afiliadas o subcontratistas.

Asimismo, el Asegurado Titular entiende y está de acuerdo con que la Aseguradora ponga esta información a disposición del Consultor Independiente en su nombre, con el fin de facilitar el intercambio de información entre el Asegurado Titular y la Aseguradora durante la gestión de reclamaciones y/o la prestación de servicios médicos.

El Asegurado Titular acepta que la Aseguradora podrá entregar dicha información al Consultor Independiente por cualquier medio que considere conveniente, a su entera discreción. Por tanto, la Aseguradora no está obligada a solicitar el consentimiento del Asegurado Titular cada vez que necesite compartir información médica confidencial.

10.6 Autoridad

Ningún Consultor Independiente tiene autoridad para modificar la Póliza ni para renunciar a ninguno de sus términos o condiciones. Después de emitida, ninguna modificación será válida a menos que sea aprobada por escrito por un funcionario autorizado de la Aseguradora y dicha aprobación sea validada mediante una Enmienda a la Póliza.

Cualquier error material en los documentos que constituyen el Contrato de Seguro no obligará a la Aseguradora y podrá ser corregido una vez detectado mediante una Enmienda al Certificado de Cobertura.

10.7 Cambio del País de Residencia

El Asegurado Titular debe notificar por escrito a la Aseguradora cualquier cambio en su País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días posteriores a dicho cambio. Este cambio podría resultar en un ajuste en la prima, en el Deducible o en el plan contratado, o incluso la cancelación de la Póliza, según la nueva área geográfica y a discreción de la Aseguradora. La omisión de esta notificación podría derivar en la modificación o cancelación de la Póliza.

10.8 Coordinación de Beneficios con Otros Seguros

En caso de que exista otra cobertura de seguro de salud (excluyendo los programas patrocinados por el gobierno) o la existencia de un tercero legalmente obligado al pago, esta situación deberá ser declarada al llenar la Solicitud de Seguro Médico o al adquirir dicha cobertura.

Se entiende por programa patrocinado por el gobierno cualquier programa de salud o beneficio ofrecido y/o proporcionado por una entidad gubernamental.

Al presentar una solicitud de reembolso, deberá incluirse la verificación del otro seguro de salud junto con copia de las facturas desglosadas y los comprobantes de pago emitidos por la otra compañía de seguros o programa gubernamental.

La Aseguradora procederá a coordinar beneficios aplicando al Deducible los montos pagados por el otro seguro conforme a los beneficios y limitaciones de esta Póliza. El total de pagos no podrá exceder el monto de los Gastos Cubiertos incurridos.

En todas las situaciones en que exista seguro privado, la Aseguradora actuará como aseguradora secundaria y solo cubrirá la parte correspondiente de la reclamación.

10.9 Orden de Precedencia en el Pago de Beneficios

Fuera del País de Residencia del Asegurado, la Aseguradora funcionará como la aseguradora principal o primaria, y retiene el derecho de coordinar beneficios y/o recaudar el pago de cualquier otra aseguradora, plan de medicina prepagada o agencia gubernamental.

Si un Asegurado está cubierto por un plan de grupo de un empleador, el pagador primario será el plan de seguro médico que cubra al Asegurado como empleado, suscriptor, dependiente o miembro. El pagador secundario será el plan de seguro médico de esta Póliza que cubra al paciente como Asegurado Titular o Asegurado Dependiente.

10.10 Contrato de Seguro (Póliza)

Los documentos que se mencionan a continuación constituyen y contienen el Contrato de Seguro completo entre las partes, el cual prevalecerá como válido, dejando sin efecto cualquier tipo de correspondencia, conversaciones, acuerdos y/o negociaciones previas relacionadas con su objeto:

- a. Las Condiciones de Cobertura (este documento);
- b. La Tabla de Beneficios correspondiente;
- c. La Solicitud de Seguro Médico firmada por el Contratante y el Asegurado Titular, incluyendo cualquier examen médico que pudiera haber requerido la Aseguradora, entrevistas telefónicas de salud, y cualquier otro documento solicitado al momento de solicitar o firmar el Contrato de Seguro;
- d. Cualquier documento requerido para añadir nuevos Asegurados Dependientes a la Póliza, modificar el riesgo asegurado o reclamar el pago de beneficios bajo esta Póliza;
- e. El Certificado de Cobertura;
- f. Las Enmiendas que modifiquen los términos y condiciones de la Póliza;
- g. Los Endosos o Módulos adicionales que incluyan coberturas adicionales.
- h. En caso de discrepancia, las Enmiendas y los Endosos prevalecerán sobre las disposiciones de las Condiciones Generales. La versión en inglés de esta Póliza prevalecerá y será el Contrato de Seguro controlador en caso de duda o controversia. Las versiones en español o portugués se proporcionan como cortesía al Asegurado y pueden solicitarse en formato electrónico o físico.

10.11 Pago de Reclamaciones

Una vez que la Aseguradora reciba toda la información relevante y completa relacionada con una reclamación, realizará cualquier pago correspondiente por los Gastos Cubiertos en moneda de curso legal directamente a los Proveedores, conforme a los términos y condiciones de la Póliza, cualquier Endoso o Enmienda aplicable, y de acuerdo con los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR).

Cuando no sea posible realizar el pago directo al Proveedor, la Aseguradora notificará al Asegurado y efectuará el reembolso al Asegurado Titular conforme a los cargos UCR. En ningún caso el monto reembolsado podrá exceder el valor de los Gastos Cubiertos incurridos.

El Asegurado deberá colaborar con la Aseguradora para facilitar el pago de reclamaciones, proporcionando acceso a la información médica disponible y permitiendo el acceso al paciente y a sus Médicos o enfermeros en casos de Cuidados Paliativos o Atención para Pacientes Terminales.

Si después de haberse efectuado un pago se determina que éste fue improcedente conforme a los términos de la Póliza, la Aseguradora podrá solicitar su reembolso inmediato al Asegurado Titular o a la persona que presentó la reclamación mediante solicitud escrita o acción legal si fuera necesario.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, y previa entrega de la documentación requerida, la Aseguradora reembolsará cualquier beneficio por Gastos Cubiertos no pagados al Beneficiario designado o a los herederos legales.

10.12 Plazo para Presentar Comprobantes de Reclamación

Las reclamaciones y facturas relacionadas con Gastos Cubiertos deben enviarse a la dirección indicada en el Formulario de Reclamación o en la Carta de Garantía emitida al Proveedor. Toda la información requerida debe ser recibida por la Aseguradora dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha del tratamiento o servicio. De no cumplirse este plazo, la reclamación será denegada y la Aseguradora quedará liberada de toda obligación.

Una vez iniciado el proceso, el Asegurado deberá enviar la información faltante en un plazo máximo de noventa (90) días a partir del primer requerimiento. De no hacerlo, la reclamación será denegada.

Las facturas originales deben incluir un desglose detallado de los servicios prestados, conforme al Artículo "Proceso de Reembolso".

10.13 Reembolso de Primas No Devengadas

Si el Contratante o la Aseguradora cancelan la Póliza tras su emisión, reinstalación o renovación, se reembolsará la porción no devengada de la prima por el período no utilizado, hasta un máximo del sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta. Los costos de emisión y el treinta y cinco por ciento (35%) de la prima neta no son reembolsables. Si el importe a devolver es menor de cien dólares (US\$100), no se realizará ningún reembolso.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se pagará la prima no devengada al Contratante. Si el Contratante es también el Asegurado Titular, se pagará al Beneficiario designado o a los herederos legales.

No obstante, lo anterior, si el beneficio de "Cobertura por Fallecimiento del Asegurado Titular" está incluido en la Tabla de Beneficios correspondiente y se elige continuar con la cobertura para los Asegurados Dependientes, no se reembolsará prima alguna por fallecimiento del Asegurado Titular.

10.14 Moneda

Todos los valores expresados en esta Póliza están en dólares estadounidenses (US\$).

10.15 Exámenes Médicos y Segunda Opinión

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos, una InterConsulta® o una Segunda Opinión Médica de cualquier Asegurado cuya condición médica sea objeto de una reclamación, cuantas veces lo considere necesario durante el proceso de evaluación.

El Asegurado deberá proporcionar toda la información solicitada relacionada con su salud antes, durante y después de la emisión de la Póliza, y autorizar a las instituciones y profesionales tratantes a entregar a la Aseguradora los informes médicos necesarios.

10.16 Informes Médicos

La Aseguradora solicitará directamente al Proveedor los informes médicos necesarios cuando exista un acuerdo de pago directo. En caso de reembolsos, el Asegurado deberá obtenerlos.

El Asegurado es responsable de conseguir todos los informes e historiales médicos necesarios para procesar su reclamación. La Aseguradora podrá requerir formularios de autorización debidamente firmados para obtener estos documentos. La falta de entrega de la autorización o de los documentos requeridos podría retrasar o invalidar la reclamación.

10.17 Cancelación o No Renovación de la Póliza

La Póliza será cancelada automáticamente si ocurre cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Incumplimiento del pago total de la prima;
- Notificación por escrito del Contratante informando su decisión de cancelar la cobertura;
- Notificación escrita de cancelación por parte de la Aseguradora conforme al artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

La cancelación anticipada no afectará los derechos del Asegurado a recibir pagos por Gastos Cubiertos incurridos antes de la fecha de cancelación, excepto en casos de fraude, omisión o engaño. Los tratamientos recibidos después de la cancelación no estarán cubiertos, independientemente de cuándo fue diagnosticada la condición.

La Aseguradora no podrá cancelar una Póliza en función del historial de reclamaciones del Asegurado. Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado Dependiente podrá continuar con una nueva Póliza sin evaluación de suscripción si cumple con los requisitos del Artículo "Elegibilidad". El formulario de Solicitud de Seguro Médico debe presentarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación o no renovación.

En caso de cancelación por fraude, la Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar la cobertura futura de los Asegurados Dependientes.

10.18 Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño

Si un Asegurado intenta u obtiene beneficios para sí o para terceros mediante fraude, declaración falsa, omisión o engaño, la Aseguradora podrá cancelar o rescindir la Póliza unilateralmente, incluso con efecto retroactivo desde la fecha de emisión. El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes perderán automáticamente todos los derechos de cobertura. Además, el Contratante o el Asegurado Titular deberán reembolsar a la Aseguradora todos los pagos realizados indebidamente, a solicitud escrita o mediante vía judicial. La Aseguradora podrá retener cualquier prima no devengada y negarse a pagar cualquier monto o beneficio relacionado con la Póliza desde su inicio.

10.19 Emisión de la Póliza

Bajo el principio de movilidad de clientes, esta Póliza se emite y entrega en Bermudas. La Póliza no puede ser emitida ni entregada en los Estados Unidos ni en ningún otro país donde su emisión esté restringida o prohibida.

10.20 Modalidades de Pago de la Póliza

Esta Póliza se considera un contrato anual. Las primas pueden pagarse de forma anual, semestral o trimestral, siempre que la modalidad de pago haya sido aprobada previamente por la Aseguradora.

10.21 Período de Gracia

La Aseguradora otorga un Período de Gracia de treinta (30) días para el pago de la prima total adeudada. Este período comienza en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Si el pago no se realiza dentro de este plazo, la cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del último día cubierto por el pago anterior.

Los Gastos Cubiertos incurridos durante el Período de Gracia serán pagados únicamente si la prima total se abona antes de que dicho período finalice.

10.22 Pago de la Prima

El Contratante es responsable del pago total de la prima, la cual debe abonarse anualmente en la Fecha de Renovación o en otra fecha previamente autorizada por la Aseguradora. El pago de la prima activa la Póliza por el período correspondiente. El exceso de prima pagada no incrementa las obligaciones de la Aseguradora y solo genera el derecho al reembolso del monto excedente sin intereses, en el mismo método en que fue pagado. El incumplimiento en el pago total de la prima otorga a la Aseguradora el derecho a rescindir la Póliza de forma unilateral.

Los avisos de pago de prima son cortesía, y la Aseguradora no garantiza su entrega. Si el Contratante no los recibe treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, deberá contactar a su Consultor Independiente o a la Aseguradora.

Cualquier intento de cobro no significa que la Aseguradora renuncia a su derecho de cancelar por falta de pago. Si el impago corresponde a la renovación, se considerará como una decisión expresa del Contratante de no renovar, y la Póliza se cancelará automáticamente.

10.23 Cambios en las Tarifas

La Aseguradora se reserva el derecho de modificar las tarifas de prima de manera colectiva y no individual, en la Fecha de Renovación. Ningún Asegurado será penalizado con un aumento de prima en función de su historial de reclamaciones.

10.24 Rehabilitación de la Póliza

Si la Póliza se cancela por falta de pago tras el Período de Gracia, podrá ser reinstalada si:

- El Contratante paga la prima adeudada dentro de los treinta (30) días posteriores al vencimiento del Período de Gracia, sin necesidad de nuevo Certificado de Buena Salud, o
- A discreción de la Aseguradora, previa presentación de un nuevo Cuestionario Médico o Certificado de Buena Salud del Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes.

10.25 Apelación de Reclamaciones

En caso de desacuerdo con una decisión sobre una reclamación, el Asegurado Titular podrá solicitar una revisión al Comité de Apelaciones de la Aseguradora.

La solicitud debe ser por escrito e incluir toda la documentación pertinente. El Comité evaluará si se necesita más información y notificará su decisión, con fundamentos, en un plazo de treinta (30) días.

Si el Asegurado tiene nueva información que pudiera cambiar la decisión, deberá presentarla dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación del Comité. La Aseguradora evaluará la nueva información proporcionada y emitirá una decisión final en los quince (15) días hábiles posteriores.

10.26 Arbitraje

Cualquier disputa, controversia o reclamo que surja o se relacione con esta Póliza, incluyendo su formación, interpretación, incumplimiento o terminación, ya sea que dichos reclamos sean arbitrables o se deriven de hechos que configuren responsabilidad extracontractual ocurridos antes, durante después de la emisión de la Póliza, será sometida a arbitraje definitivo y vinculante ante JAMS, de conformidad con las Reglas de Arbitraje Internacional de JAMS vigentes al momento. El tribunal arbitral estará compuesto por tres (3) árbitros, seleccionados de común acuerdo por las partes. Dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes al inicio del arbitraje, cada parte deberá nombrar un (1) árbitro. Si alguna de las partes no designa su árbitro en dicho plazo, JAMS lo nombrará conforme a sus reglas. Los dos árbitros así designados deberán acordar la designación del tercer árbitro dentro de los sesenta (60) días siguientes al inicio del arbitraje.

Si los árbitros designados no logran llegar a un acuerdo respecto al tercer árbitro dentro del plazo establecido, JAMS designará al tercer árbitro conforme a sus reglas. Todos los árbitros deberán ser neutrales, independientes e imparciales. Cada árbitro deberá ser un juez retirado o abogado con al menos diez (10) años de experiencia activa en derecho de seguros médicos y reaseguros privados.

Respecto a los gastos del procedimiento arbitral, las partes acuerdan que cada una asumirá el cincuenta por ciento (50%) de los Costos y Gastos Administrativos Necesarios, independientemente del resultado del arbitraje. Se entenderá por "Costos y Gastos Administrativos Necesarios" cualquier costo, gasto, honorario o tarifa administrativa impuesta por JAMS y necesaria para la conducción del procedimiento arbitral, incluyendo los honorarios de los árbitros y de cualquier otro personal de JAMS involucrado, así como cualquier gasto relacionado con el procedimiento arbitral, siempre que no esté directamente vinculado con la representación legal de una de las partes.

Cada parte será exclusivamente responsable de los Costos y Honorarios relacionados con su representación durante el procedimiento arbitral, sin importar el resultado. Estos costos incluyen honorarios de abogados, expertos, gastos de viaje, copias, llamadas telefónicas, personal contratado para la representación y cualquier otro gasto similar.

La sede del arbitraje será Miami, Florida (EE. UU.), y el idioma del procedimiento será el inglés. El laudo arbitral será por escrito, incluirá los fundamentos de hecho y será final y vinculante para ambas partes. Podrá ser ejecutado ante cualquier tribunal con jurisdicción competente. Este acuerdo de arbitraje será exigible conforme a la legislación aplicable y ninguna de las partes podrá apelar, revisar, modificar ni solicitar la anulación del laudo ante tribunal o entidad reguladora alguna. Este artículo constituye el único mecanismo válido para la resolución de controversias derivadas o relacionadas con esta Póliza.

10.27 Subrogación e Indemnización

La Aseguradora tiene derecho de subrogación o de reembolso por los pagos realizados si el Asegurado Titular ha recuperado total o parcialmente dichos montos por parte de un tercero. Asimismo, la Aseguradora tiene derecho a actuar, por cuenta propia y a su cargo, en representación del Asegurado Titular contra terceros que pudieran ser responsables de una reclamación presentada bajo esta Póliza o

que hayan causado una Lesión por la cual se otorguen beneficios conforme a la misma. Este derecho subsiste aun cuando el Asegurado Titular no reciba el monto total de la reclamación por parte de dichos terceros, o cuando los pagos recibidos se describan como compensaciones por conceptos distintos a los gastos médicos. El monto que el Asegurado Titular deba reembolsar a la Aseguradora no se reducirá por honorarios legales ni por los gastos en que haya incurrido el Asegurado Titular.

El Asegurado Titular deberá colaborar con la Aseguradora proporcionando toda la información necesaria, y completando y firmando los documentos requeridos para que la Aseguradora pueda recuperar los montos pagados. Esto incluye la obligación de notificar a la Aseguradora antes de intentar resolver cualquier reclamación relacionada con Lesiones causadas por el acto u omisión de un tercero frente al cual la Aseguradora haya efectuado pagos. El Asegurado deberá abstenerse de realizar cualquier acción que pueda limitar el derecho de la Aseguradora a obtener el reembolso completo.

10.28 Cambio de Deducible o Plan

En la Fecha de Aniversario o la Fecha de Renovación de la Póliza, el Contratante podrá solicitar un cambio de Deducible o de plan. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar dicho cambio o emitirlo bajo ciertas condiciones y/o restricciones.

En caso de que el Contratante solicite un cambio a un Deducible menor o a un plan con mayores beneficios, su aprobación estará sujeta a un proceso de evaluación de riesgo (suscripción). Si el Asegurado se encuentra bajo tratamiento médico o ha sido diagnosticado con una condición médica en una fecha próxima a la solicitud del cambio, no podrá modificarse el Deducible ni el plan.

Si el cambio es aprobado, durante los primeros treinta (30) días contados a partir de la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier Enfermedad o Lesión no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso estarán limitados al mayor valor entre el Deducible del plan anterior y el recientemente aprobado, o al menor valor entre los beneficios del plan anterior y los del nuevo plan.

En caso de cambio de plan, deberán cumplirse los plazos establecidos por los Períodos de Carencia de Beneficio correspondientes antes de acceder a cualquier beneficio sujeto a dicho período.

Durante los primeros diez (10) meses contados a partir de la fecha efectiva del cambio de plan, los beneficios de Maternidad incluidos en la Tabla de Beneficios correspondiente estarán limitados al menor de los beneficios entre el plan anterior y el actual. Si el plan anterior no incluía el beneficio de Maternidad, se deberá cumplir un Período de Carencia de Beneficio de diez (10) meses antes de que cualquier gasto relacionado pueda ser cubierto.

10.29 Relación del Asegurado con los Proveedores de Servicios Médicos y Hospitalarios

La Aseguradora no es un Proveedor de servicios médicos. Su función se limita exclusivamente a ofrecer y administrar cobertura de seguro para ciertas actividades de atención médica prestadas por profesionales médicos debidamente autorizados y licenciados, de acuerdo con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones establecidos en esta Póliza.

Por tanto, la Aseguradora no ofrece ni es responsable de la calidad de los servicios médicos, ni de las indicaciones u opiniones médicas, diagnósticos, tratamientos, prescripción de medicamentos, ni de

ningún otro servicio médico, incluyendo, entre otros, implantes, terapias, cirugías y sus posibles efectos secundarios o interacciones.

Todas las decisiones médicas, incluyendo la elección de tratamientos, terapias, prescripciones y el uso de implantes u otros dispositivos médicos, son de exclusiva responsabilidad del Asegurado y su Proveedor médico. El Asegurado es responsable de aceptar o rechazar las indicaciones médicas y de decidir sobre el uso de los tratamientos correspondientes.

El Asegurado reconoce que todas las indicaciones, tratamientos y terapias médicas, incluyendo, entre otros, el uso de cualquier medicamento, prótesis o implante, implican riesgos. La decisión y aceptación de someterse a cualquiera de estos procedimientos es responsabilidad única y exclusiva del Asegurado y su Proveedor médico, considerando los posibles beneficios y riesgos.

El Asegurado libera expresamente a la Aseguradora, sus afiliadas, directores, funcionarios, empleados, Consultores Independientes y agentes, de cualquier reclamo, daño, pérdida, responsabilidad, impacto, costos o gastos derivados de los tratamientos y servicios médicos que haya recibido.

ART. 11 DEFINICIONES

Accidente

Cualquier suceso violento, súbito, imprevisto y no intencional, producido exclusivamente por una causa externa que resulte en una lesión corporal al Asegurado.

Accidente Cerebrovascular

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son causados por coágulos de sangre y vasos sanguíneos rotos en el cerebro que dañan el tejido cerebral. Los síntomas incluyen mareos, entumecimiento, debilidad en un lado del cuerpo y problemas para hablar, escribir o comprender el lenguaje. El riesgo de un Accidente Cerebrovascular aumenta con la presión arterial alta, la edad avanzada, el tabaquismo, la diabetes, el colesterol alto, las Enfermedades cardíacas, la aterosclerosis (una acumulación de material graso y placa dentro de las arterias coronarias) y los antecedentes familiares de Accidentes Cerebrovasculares.

Accidente Grave

Evento repentino o inesperado causado por una fuente externa, involuntaria, imprevista, fortuita y violenta, que resulte en daño o Lesión corporal que pueda demostrarse mediante técnicas de diagnóstico por imagen y que requiera Hospitalización inmediata por más de veinticuatro (24) horas. Para los casos que afecten la nariz, ligamentos, columna, rodillas y/o articulaciones mayores, sólo se considerarán Accidentes Graves las fracturas, roturas o Politraumatismos.

Actividades de Alto Riesgo

Actividades con un potencial significativamente elevado de causar Lesiones personales o daño, que suelen implicar velocidad, alturas, herramientas o sustancias peligrosas, y requieren una planificación cuidadosa, medidas de seguridad y cumplimiento de normas específicas. Algunos ejemplos de Actividades de Alto Riesgo incluyen, entre otros, paracaidismo, alpinismo, senderismo extremo, tauromaquia, cualquier tipo de deporte aéreo, espeleología, canotaje en rápidos de grado superior

a 5, salto en paracaídas, parapente, ala delta, competencias de velocidad, carreras de motocicletas, deportes o competencias con vehículos motorizados, buceo a profundidades mayores a 30 metros (100 pies), boxeo, equitación y "bungee jumping".

Aeronave Privada

Cualquier aeronave que opera vuelos personales o de negocios que no son regularmente programados o fletados por una aerolínea comercial.

Ambulancia Aérea

Transporte aéreo con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado desde el Hospital donde se encuentra hasta el Hospital más cercano que haya sido coordinado por la Aseguradora.

Este plan ofrece solo este servicio en casos de Emergencia, tal como se define en esta Póliza.

Ambulancia Terrestre

Transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

Anexo

Documento incorporado a la Póliza por la Aseguradora que proporciona una cobertura adicional y opcional.

Angioplastia

Procedimiento no quirúrgico utilizado para abrir arterias coronarias obstruidas o estrechas. El procedimiento consiste en introducir un catéter con un balón inflable en la punta a través de la piel, normalmente en una extremidad, e inflar el balón una vez que ha atravesado el sitio arterial estenosado. El balón empuja la placa aterosclerótica intraluminal contra la pared de la arteria y restablece el diámetro luminal, normalizando así el flujo sanguíneo hacia el miocardio.

Año Póliza

El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza y cualquier periodo subsiguiente de doce (12) meses.

Asegurado

El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes inscritos en una Póliza activa al momento de recibir los beneficios.

Asegurado Dependiente

Persona natural menor de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de solicitar cobertura para estar inscrita en la Póliza como Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho o hijo dependiente del Asegurado Titular, que cumplen los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza.

Asegurado Propuesto

Persona para quien se solicita la cobertura de seguro.

Asegurado Titular

Persona que tenga al menos dieciocho (18) años y menos de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de contratar el seguro, que tiene derecho a la cobertura bajo la Póliza y a recibir el pago por los Gastos Cubiertos conforme a esta Póliza, y que ejerce los derechos de los Asegurados. El Asegurado Principal puede ser o no el Contratante.

Aseguradora

Best Doctors Insurance Limited.

Beneficiario

Personas designadas por el Contratante y el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro Médico o en su testamento para recibir el reembolso de cualquier prima no devengada y el reembolso de Gastos Cubiertos, respectivamente, en caso de su fallecimiento.

Cáncer

Enfermedad en la que algunas células del cuerpo crecen de forma descontrolada y se diseminan a otras partes del cuerpo. Las células anormales o dañadas crecen y se multiplican cuando no deberían. Estas células pueden formar tumores, que son masas de tejido. Los tumores cancerosos se diseminan o invaden tejidos cercanos y pueden viajar a lugares distantes del cuerpo para formar nuevos tumores (metástasis). Los tumores cancerosos también pueden llamarse tumores malignos. Muchos tipos de Cáncer forman tumores sólidos, pero los Cánceres de la sangre, como las leucemias, generalmente no lo hacen.

Células Madre

Las células madre son células especiales del cuerpo humano que pueden convertirse en muchos tipos diferentes de células. Tienen la capacidad de dividirse, renovarse y ayudar a reparar tejidos dañados, apoyando el proceso natural de curación del cuerpo.

Certificado de Cobertura

Documento que constituye parte del Contrato de Seguro entre las Partes que especifica la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, lista a todas las personas aseguradas bajo la Póliza con su respectiva Fecha de Inicio de Cobertura y cualquier condición y/o limitación en la cobertura.

Cesárea de Emergencia

Intervención quirúrgica que debe realizarse de forma inmediata debido a complicaciones o condiciones médicas que ponen en peligro la vida o la salud de la madre, el feto o ambos.

Cesárea Electiva

Intervención quirúrgica que se programa de manera planificada y no es considerada urgente o de Emergencia. Las Cesáreas Electivas generalmente se programan con anticipación, a diferencia de las Cesáreas de Emergencia que se llevan a cabo de manera inmediata debido a una condición médica que pone en peligro la vida o la salud de la madre o el feto.

Chequeo Pediátrico de Rutina

Un Chequeo Pediátrico de Rutina, también conocido como visita de niño sano, es fundamental para monitorear el crecimiento, desarrollo y estado general de salud del niño. Incluye la administración de vacunas, pruebas de detección y la atención de inquietudes por parte de los padres. Estos chequeos ayudan a identificar posibles problemas de salud de manera temprana, brindan la oportunidad de discutir cualquier duda o preocupación sobre la salud del niño, aseguran que reciba las vacunas y exámenes necesarios para mantenerse sano, y permiten llevar un seguimiento continuo de su desarrollo físico y emocional.

Cirugía de Revascularización Miocárdica

Procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo mejorar el flujo sanguíneo hacia el músculo cardíaco (miocardio) mediante la derivación (bypass) o el ensanchamiento de las arterias coronarias estrechadas. Generalmente se realiza bajo anestesia general y puede llevarse a cabo mediante un enfoque tradicional de cirugía a corazón abierto o utilizando técnicas mínimamente invasivas, como la cirugía robótica o la toracoscopia, realizada a través de una pequeña incisión en la pared torácica. Las indicaciones para este procedimiento incluyen enfermedad arterial coronaria con estenosis significativa, isquemia miocárdica (falta de flujo sanguíneo al músculo cardíaco), insuficiencia cardíaca causada por enfermedad coronaria y enfermedad del tronco principal izquierdo de la arteria coronaria, una arteria mayor que irriga una porción importante del miocardio.

Coaseguro

Es el porcentaje de los costos médicos que el Asegurado paga por los Gastos Cubiertos después de haber alcanzado el Deducible, mientras que la Aseguradora cubre el porcentaje restante.

Cobertura Dental por Accidente

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes dañados o perdidos en un Accidente cubierto.

Complicaciones de Maternidad

Patología o tratamiento como resultado del curso anormal del embarazo y/o del parto, tales como nefritis aguda, nefrosis, insuficiencia cardíaca, preeclampsia, embarazo ectópico, diabetes gestacional, terminación del embarazo que requiera intervención médica debido a la muerte fetal, o finalización espontánea del embarazo en una etapa en la que el embrión o feto sea incapaz de sobrevivir de forma independiente. No se consideran Complicaciones de Maternidad la Cesárea Electiva o cesárea posterior a una cesárea previa, sangrado leve (spotting) o reposo prescrito por un médico durante el embarazo, los síntomas normales y habituales derivados del embarazo; el servicio o tratamiento de una Enfermedad Crónica no relacionada con el embarazo, incluso si durante el período de gestación requiere un tratamiento específico; las complicaciones del embarazo que sean el resultado de tratamientos de fertilidad, y complicaciones del embarazo cuando dicho embarazo no esté cubierto por la Póliza.

Complicaciones del Nacimiento

Son aquellos trastornos que afectan a un recién nacido y que están directamente relacionados con el proceso del nacimiento, no atribuibles a factores genéticos o hereditarios. Se manifiestan durante los

primeros treinta (30) días de vida e incluyen, entre otros, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria o traumatismos ocurridos durante el parto.

Condición Congénita

Trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente de que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento, o que se manifiesten más adelante.

Condición Crítica

Estado médico grave en el que una persona enferma o lesionada tiene signos vitales peligrosamente inestables o anormales y generalmente requiere medidas de soporte vital a corto plazo (como respiración mecánica o desfibrilación) para estabilización y apoyo antes o durante la recuperación. Los atributos definitorios de una Condición Crítica son un alto riesgo de muerte inminente, disfunción de órganos vitales, necesidad de atención para evitar la muerte y posible reversibilidad.

Condición Preexistente

- a. Una condición que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado;
- b. Una condición por la cual se consultó a un Médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado;
- c. Una condición, síntoma o signo que, si se hubiera presentado a un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, hubiera resultado en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno.

Condiciones Hereditarias

Enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente. Se caracterizan por la transmisión de particularidades fisiológicas y anatómicas de un individuo a quienes descienden de él, por medio de material genético.

Consultor Independiente

Asesor de seguros que orienta y aconseja a sus clientes sobre los productos de seguro disponibles, los ayuda a completar formularios, actúa como intermediario entre la Aseguradora y el cliente, colabora en la generación de la venta y brinda asistencia a sus clientes en el momento de presentar una reclamación, entre otras funciones.

Contratante

Persona natural o jurídica que firma el Contrato de Seguro con la Aseguradora para obtener cobertura para los Asegurados y quien es responsable del pago de la prima correspondiente. El Contratante puede o no ser el Asegurado Titular.

Convivientes/Pareja de Hecho

Parejas no casadas ni con su Conviviente o Pareja de Hecho ni con un Cónyuge, incluyendo las del mismo sexo, quienes viven y comparten una vida en común pero no están unidos bajo un matrimonio tradicional o unión civil en el país en el que residen. Deben cumplir las siguientes condiciones: Ambos deben ser mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos.

Cónyuge

Persona con la que el Asegurado Principal está legalmente casado, y cuyo matrimonio es válido en la jurisdicción donde se celebró.

Cuidados de Custodia

Servicios prestados que incluyen, entre otros, asistencia personal que no requiere las habilidades de un profesional.

Cuidados Paliativos/Atención para Pacientes Terminales

La atención médica a pacientes cuya Enfermedad Crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

Datos Personales

Información que permite inferir razonablemente la identidad de la persona a quien corresponde la información, a partir de los datos o en combinación con otros datos, ya sea por medios directos o indirectos, incluyendo su nombre, dirección, dirección de correo electrónico, número de identificación personal, número de registro, fotografía, huellas dactilares, diagnósticos, material biológico.

Deducible

Parte de los Gastos Cubiertos que debe pagar el Asegurado antes de que la Aseguradora tenga la obligación de realizar cualquier pago.

Deporte Profesional (Práctica de)

Deporte por cuya practica el deportista y/o entrenador recibe su principal fuente de ingresos económicos, patrocinio o un beneficio similar de cualquier tipo, directa o indirectamente, sea por jugar o entrenar.

Donante Vivo

Persona que dona uno de sus órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona o receptor con quien es compatible.

EMA

"European Medicines Agency". La Agencia Europea de Medicamentos protege y promueve la salud humana y animal mediante la evaluación, autorización y seguimiento de los medicamentos en la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE). La EMA garantiza la evaluación científica, la supervisión y el seguimiento de la seguridad de los medicamentos de uso humano y veterinario en la UE.

Emergencia

Enfermedad o Accidente repentino cubierto por la Póliza que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado y que requiere atención médica inmediata.

Enfermedad

Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes mórbidos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedades Crónicas

Afecciones que duran un (1) año o más, pueden empeorar con el tiempo y requieren atención médica continua y/o limitan las actividades de la vida diaria. Las Enfermedades Crónicas tienden a ocurrir en adultos mayores y generalmente pueden controlarse, pero no curarse.

Enfermedades Neurológicas

Enfermedades en las que el sistema nervioso central y/o periférico se ve afectado por un trastorno que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen dichos sistemas. Para fines de esta cobertura, no se considerará una Enfermedad Neurológica ningún trastorno o Enfermedad que afecte el sistema nervioso central y/o periférico de manera secundaria o que haya sido causado por condiciones o factores externos al sistema nervioso.

Enfermero(a)

Una persona legalmente licenciada de acuerdo con los requisitos de la jurisdicción local donde trabaje para atender a los pacientes.

Enmienda

Documento agregado a la Póliza por la Aseguradora que aclara, explica o modifica los términos y condiciones de la Póliza.

Equipo Médico Durable

Equipo Médico Durable (EMD) es cualquier equipo que proporciona beneficios terapéuticos a un paciente que lo necesita debido a ciertas condiciones médicas y/o Enfermedades. El EMD consta de elementos que se usan principal y habitualmente para servir a un propósito médico; no son útiles para una persona en ausencia de Enfermedad o Lesión; son ordenados o recetados por un Médico, y puede soportar el uso diario o prolongado. El EMD incluye, entre otros, sillas de ruedas (manuales y eléctricas), camas de Hospital, equipos de tracción, bastones, muletas, andadores, etc.

Estados Unidos, EE. UU.

Se refiere a los Estados Unidos de América.

Examen de Diagnóstico Mayor

Procedimientos y exámenes Médicamente Necesarios, indicados para diagnosticar y tratar condiciones médicas, entre los que se incluyen: resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET scan), endoscopia, cistoscopia, prueba de esfuerzo, patología, rayos X y ultrasonido.

Examen Médico de Rutina

Un Examen Médico de Rutina, también conocido como visita de bienestar o visita de cuidado preventivo, es una cita periódica con un profesional de la salud para monitorear el estado general de salud y prevenir posibles problemas antes de que se vuelvan graves. Se enfoca en mantener una buena salud e identificar posibles afecciones de forma temprana, en lugar de tratar enfermedades existentes. Los Exámenes Médicos de Rutina pueden incluir un examen físico, revisión del historial médico, pruebas de detección para ciertas condiciones, vacunaciones y asesoramiento sobre salud.

Exclusión

Limitación de cobertura total y permanente de una condición médica, sus causas y consecuencias, de acuerdo con el criterio de la Aseguradora. Algunas exclusiones particulares impuestas a un Asegurado podrían ser revisadas después de una evaluación médica.

Experimental o Investigativo

Es cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, equipo, medicamentos, drogas, dispositivos, suministros u Hospitalización que no cumpla con los siguientes criterios:

- Estudios controlados, publicados en la literatura médica que han sido validados por otros profesionales de la misma especialidad, que demuestran que ese servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en la salud para un diagnóstico específico.
- En el momento en que el servicio o suministro se provee, cumple con las normas generalmente aceptadas de práctica médica de la autoridad sanitaria competente y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA y/o la EMA.
- En el momento en que el servicio o suministro se provee, ha sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la autoridad sanitaria competente y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA y/o la EMA, independientemente del lugar donde se incurran los gastos médicos.

FDA

"Food and Drug Administration". Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos. Para estándares internacionales, es un referente en cuanto a la autorización de medicamentos.

Fecha de Inicio de Cobertura

Fecha indicada en el Certificado de Cobertura para cada Asegurado a partir de la cual comienza el Período de Carencia de la Póliza. La Fecha de Inicio de Cobertura se utiliza para calcular cualquier Período de Carencia del Beneficio correspondiente.

Fecha de Inicio de Vigencia

Fecha en que la Póliza entra en vigor, tal como aparece en el Certificado de Cobertura. Esta fecha se hará efectiva solamente después que la Póliza haya sido entregada al Asegurado y haya vencido el período de diez (10) días durante el cual el Asegurado se reserva el derecho de examinar y devolver la Póliza para obtener el reembolso de la prima que haya pagado.

Fecha de Renovación

Fecha en que el pago de la prima es debido. Puede ocurrir en una fecha distinta a la Fecha de Aniversario dependiendo el modo de pago autorizado por la Aseguradora.

Fecha de Vencimiento

La fecha en que debe ser pagada la prima total por el período correspondiente. En la Fecha de Vencimiento terminan todos los beneficios de acuerdo con lo previsto en esta Póliza.

Gastos Cubiertos

Son los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables en los que incurre un Asegurado después de la Fecha de Inicio de Cobertura y durante el período de vigencia de esta Póliza, por concepto de los beneficios establecidos en la Tabla de Beneficios correspondiente.

Habitación Privada

Una Habitación Estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

Habitación Semi-Privada

Una habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a más de un paciente.

Hospital

Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país en el que se encuentra, cuya función principal sea proporcionar servicios clínicos y quirúrgicos a personas enfermas o lesionadas bajo la supervisión de un profesional médico. No se considera Hospital un lugar de descanso, asilo, hogar de convalecencia o institución destinada a cuidados a largo plazo.

Hospitalización

Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la Enfermedad o condición debe justificar la Necesidad Médica para la Hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización.

Implante Coclear

Un Implante Coclear es un pequeño y complejo aparato electrónico diseñado para ayudar a proporcionar un sentido del oído a una persona con problemas graves de audición. El aparato consiste en una porción externa colocada detrás de la oreja y una segunda porción que es implantada quirúrgicamente debajo de la piel.

Insuficiencia Renal

La Insuficiencia Renal (fallo renal) ocurre cuando uno o ambos riñones dejan de funcionar adecuadamente por sí solos. En algunos casos, la Insuficiencia Renal es temporal y se desarrolla rápidamente (Insuficiencia Renal aguda). En otros casos, es una condición crónica que empeora progresivamente con el tiempo (Insuficiencia Renal crónica). La etapa terminal de la Insuficiencia Renal crónica representa la pérdida completa e irreversible de la función renal, por lo cual se hace necesario el tratamiento mediante diálisis o un trasplante de riñón.

Tratamientos Médicos Avanzados

Terapias, técnicas y tecnologías de vanguardia que utilizan las últimas técnicas y conocimientos del campo de la medicina para tratar Enfermedades y condiciones de salud complejas que son difíciles de manejar con terapias convencionales. Estos tratamientos suelen implicar enfoques innovadores como la medicina de precisión, la terapia génica, la inmunoterapia, la terapia con Células Madre, la nanotecnología y la cirugía mínimamente

invasiva. Su objetivo es atacar Enfermedades a nivel molecular, personalizar planes de tratamiento basados en la composición genética individual, aprovechar el sistema inmunológico del cuerpo para combatir el Cáncer y otras Enfermedades, regenerar tejidos dañados y mejorar la precisión del diagnóstico y la eficacia terapéutica. Los Tratamientos Médicos Avanzados representan la vanguardia de la innovación en el cuidado de la salud y ofrecen esperanza a pacientes con afecciones previamente intratables o desafiantes.

Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados

Red de Hospitales con los que la Aseguradora tiene convenio para que el Asegurado pueda recibir la atención médica requerida relacionada con los Tratamientos Médicos Avanzados (como se definen en esta Póliza). Esta lista puede consultarse comunicándose directamente con la Aseguradora. Esta es una red de convenio de pagos que atiende a la naturaleza del seguro de indemnizar y facilitar las mejores condiciones en los costos para cuidar la suma asegurada. La calidad de los servicios no es responsabilidad de la Aseguradora.

Tecnología de Reproducción Asistida

Tratamientos y procedimientos médicos y/o quirúrgicos desarrollados para tratar patologías relacionadas con la infertilidad. Estos incluyen, entre otros, la inseminación artificial, la fertilización in vitro (FIV), tratamientos con medicamentos para estimular la fertilidad masculina y/o femenina, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, etc.

Periodo de Espera del Beneficio

Período de tiempo que debe completarse antes de que la Aseguradora comience a realizar pagos por los Gastos Cubiertos para ciertos beneficios, según lo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente.

Lesión

Daño causado al cuerpo del Asegurado.

Maternidad Cubierta

Aquella para la cual la Póliza proporciona cobertura para el embarazo y que la fecha del parto sucede por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Inicio de Cobertura. Este Período de Carencia del Beneficio de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el Período de Carencia de la Póliza ha sido exonerado.

Medicamento Necesario o Necesidad Médica

Es un servicio médico, suministro, equipo, Medicamento por Prescripción Médica, o estadía en un Hospital que:

- a. Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad del Asegurado;

- b. No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- c. Haya sido prescrito por un Médico;
- d. Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos.

No será considerada como Medicamento Necesaria la sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite para la conveniencia del Asegurado, la familia del Asegurado o el Proveedor del servicio.

Medicamento Biosimilar

Un Medicamento Biosimilar es un medicamento biológico muy similar a uno ya aprobado por la FDA y/o la EMA, el producto biológico original (también conocido como producto de referencia). Los Medicamentos Biosimilares están formulados con los mismos tipos de ingredientes y no tienen diferencias clínicamente significativas con los productos de referencia. Esto significa que proveen la misma seguridad y eficacia del producto de referencia durante el transcurso del tratamiento.

Medicamento de Marca

Medicamento vendido por una compañía farmacéutica bajo un nombre o marca comercial específico y que está protegido por una patente. Los Medicamentos de Marca pueden estar disponibles con o sin prescripción.

Medicamento Genérico

Medicamento prescrito que tiene la misma fórmula de ingredientes activos que un Medicamento de Marca. La FDA califica estos medicamentos como tan seguros y eficaces como los Medicamentos de Marca.

Medicamento por Prescripción Médica

Medicamento cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico.

Medicamentos Especializados

Medicamentos por Prescripción Médica de alto costo que se utilizan para tratar Condiciones Críticas, raras, complejas y/o crónicas y a veces requieren un manejo y administración especial (generalmente inyección o infusión). El uso de estos Medicamentos Especializados está previsto bajo una supervisión cuidadosa por parte del Proveedor de atención médica especializado que pueda detectar efectos secundarios graves, manejar ajustes en la dosis y garantizar que el medicamento funcione según lo previsto.

Medicina Alternativa

Tratamientos médicos practicados en lugar de terapias tradicionales. Las prácticas de Medicina Alternativa generalmente no son reconocidas por la comunidad médica como métodos de tratamiento médico estándares o convencionales. Al ser usados junto con la medicina tradicional, se conocen como Medicina Complementaria.

Medicina Complementaria

Grupo de disciplinas terapéuticas o de diagnóstico alternativas que se utilizan junto con la medicina convencional. La Medicina Complementaria abarca una amplia variedad de prácticas y sistemas de atención a la salud que, por razones culturales, sociales, económicas o científicas, no han sido adoptadas por la medicina occidental tradicional.

Médico

Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. El término "Médico" también incluirá a personas legalmente licenciadas e inscritas para la práctica de odontología.

Neurocirugía

La neurocirugía, también conocida como cirugía neurológica o cirugía cerebral, es una especialidad médica enfocada en el tratamiento quirúrgico y la rehabilitación de trastornos que afectan el sistema nervioso, incluyendo el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos.

País de Residencia

Lugar donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del Año Póliza, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigor.

Período de Carencia de la Póliza

Período de treinta (30) días a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente ocurrido durante este período o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Cualquier Enfermedad o Lesión no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso que se presente durante este período quedará excluida permanentemente.

Período de Gracia

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

Politraumatismo

Es el trauma grave de varios sistemas de órganos y tejidos del cuerpo humano como consecuencia de una acción física externa y debida a la cual el paciente puede sufrir incapacidad temporal o definitiva e inclusive la muerte.

Proveedor

Hospitales, centros de diagnóstico, laboratorios, Médicos, especialistas, farmacias y cualquier otro prestador de servicios médicos legalmente autorizado en la jurisdicción donde presta sus servicios. La calidad de los servicios no es responsabilidad de la Aseguradora.

Quemaduras Graves

Las Quemaduras Graves son una Emergencia médica que causa daño en la piel y los tejidos debido a calor, electricidad, radiación o productos químicos. Para fines de esta cobertura, solo se considerarán

Quemaduras Graves aquellas diagnosticadas como quemaduras de tercer grado. Las quemaduras de tercer grado afectan todas las capas de la piel y, en algunos casos, también el tejido graso y muscular subyacente. Estas quemaduras pueden destruir los nervios, por lo que en algunos casos pueden presentarse con poco o ningún dolor.

Red de Proveedores del Producto

Grupo de Proveedores de atención médica afiliados a la Aseguradora y/o al administrador de la red del plan, según lo indicado en la Tabla de Beneficios correspondiente. Esta lista puede consultarse contactando directamente a la Aseguradora. Se trata de una red con acuerdos de pago que responde a la naturaleza del seguro, con el fin de compensar y facilitar las mejores condiciones en los costos para proteger la suma asegurada. La calidad de los servicios prestados no es responsabilidad de la Aseguradora.

Representante Legal

Para efectos de esta Póliza, se tendrá por Representante Legal a la persona que, de conformidad con la legislación civil aplicable, ejerza la Patria Potestad o la Tutela del Asegurado y en esa capacidad, contrate la Póliza de seguro. El Representante Legal no gozará de la cobertura de la Póliza contratada; sin embargo, deberá cumplir con todas las obligaciones del Asegurado con respecto al pago de la prima, la notificación de siniestros, la gestión de solicitud de reembolso de los Gastos Cubiertos por la Póliza, las notificaciones entre las partes y cualquier otra obligación indicada en las Condiciones Generales de la Póliza.

Segunda Opinión Médica

La opinión de un Médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

Servicios Ambulatorios

Tratamientos o servicios médicos que no requieren de una admisión Hospitalaria.

Servicios Hospitalarios

Todo tratamiento médico suministrado al Asegurado en un Hospital. Los Servicios Hospitalarios comprenden los cargos de habitación y alimentación, en caso de Hospitalización, así como el uso de todas las facilidades médicas del Hospital, todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un Médico, incluso el cuidado intensivo, cuando sea necesario.

Solicitud de Seguro Médico

Declaración escrita y firmada por el Contratante y/o el Propuesto Asegurado Titular que contiene información sobre los mismos y los Asegurados Dependientes, si los hay, y que es utilizada para determinar su elegibilidad. La Solicitud de Seguro Médico incluye el cuestionario sobre el historial médico y las declaraciones verbales hechas por los Propuestos Asegurados durante entrevistas médicas realizadas por la Aseguradora antes de emitir la Póliza, y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la Aseguradora, los cuales constituyen parte del Contrato de Seguro entre las partes una vez que la Solicitud de Seguro Médico ha sido aprobada.

Sustancias Ilegales

Aquellos medicamentos farmacéuticos o compuestos químicos similares, de acuerdo a la definición del gobierno federal de los Estados Unidos, cuya venta al público sea ilegal (como por ejemplo la cocaína), así como Medicamentos por Prescripción Médica si son utilizados con otros propósitos que no sean los específicamente autorizados por la FDA y/o la EMA (como, por ejemplo, la Oxicodona cuando se utiliza con otra finalidad que no sea el alivio del dolor), o la utilización ilícita de compuestos químicos que se venden normalmente para ciertos usos (como, por ejemplo, ingerir alcohol para uso tópico).

Tabla de Beneficios

Documento que detalla de manera concisa los beneficios cubiertos, los montos, el Deducible y los porcentajes de Coaseguro del plan específico, con el fin de ayudar a los Asegurados a comprender su cobertura.

Trasplante

Procedimiento Medicamento Necesario mediante el cual órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados de un Donante Vivo o fallecido al receptor.

Trastorno Infeccioso Grave

Trastorno causado por la multiplicación de microorganismos y la presencia de sus toxinas en la sangre. La gravedad de la infección deberá estar evidenciada por dos criterios que deben presentarse de forma concurrente:

- Cultivo positivo de sangre, líquido cefalorraquídeo, presencia de absceso intraabdominal, o un foco infeccioso con cultivo positivo que sea el causante de la infección.
- Evidencia de fallo multiorgánico, manifestada por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: acidosis metabólica severa; vasoconstricción que requiera la administración de medicación vasopresora; insuficiencia respiratoria con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica; insuficiencia renal que requiera tratamiento con diálisis; o coagulación intravascular diseminada que requiera la administración de productos derivados de la sangre.

Tratamientos Oncológicos

Conjunto de terapias que incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y terapia dirigida, todas orientadas a curar, reducir o prevenir la propagación del Cáncer.

USD, US\$

Se refiere a la moneda de los Estados Unidos de América.

Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)

Honorario o costo promedio cobrado por un servicio o procedimiento médico específico dentro de una misma zona geográfica o por Proveedores de la misma categoría. Los honorarios o costos UCR son definidos por el equipo médico de la Aseguradora con base en la revisión periódica de los costos predominantes para un determinado servicio médico en esa área geográfica o que hayan sido previamente establecidos mediante acuerdos negociados directamente con Proveedores específicos. Estos honorarios o costos UCR representan el monto máximo que la Aseguradora considerará elegible para el pago de un beneficio cubierto bajo esta Póliza.

CONDICIONES DE **COBERTURA**

MEDICAL
ELITE™

PREMIER
PLUS™

PREMIER
CARE™

GLOBAL
CARE™

MEDICAL
CARE™
MUNDIAL

MEDICAL
CARE™
INTERNACIONAL

MEDICAL
SELECT™
MUNDIAL

MEDICAL
SELECT™
INTERNACIONAL

PRIME
CARE™

PRIME
SELECT™

BDIL-COC-S1-2025.01

Número general en EE.UU. 1.305.269.2521
Llamada gratuita en EE.UU. 1.866.902.7775
Fax 1.800.476.1160
BestDoctorsInsurance.com

 **Best Doctors®**
I N S U R A N C E