

EVERMORE

CONDICIONES
DE COBERTURA

#foreverwithyou

2026



ever®

[www.
ever
insurance
global
.com](http://www.everinsuranceglobal.com)

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN DE BENEFICIOS	4
PLAZO DE COBERTURA	8
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD	8
TÉRMINOS, DEFINICIONES Y CONDICIONES	8
EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN DE SANCIONES	25
EXCLUSIONES	25
APELACIÓN DE RECLAMOS	29
ARBITRAJE VINCULANTE DE TODAS LAS CONTROVERSIAS	29

RESUMEN DE BENEFICIOS

Salvo que se indique lo contrario, los beneficios se ofrecen por asegurado, por año póliza según el deducible elegido. Todos los valores se expresan en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD). Los beneficios se limitan a los gastos médicos cubiertos por la póliza y están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica en la que se produjeron los mismos.

■ OPCIONES DE DEDUCIBLE

	I	II	III	IV	V
Fuera EE. UU.	US\$500	US\$2.000	US\$5.000	US\$10.000	US\$20.000
Dentro EE. UU.*	US\$1.000				

*En planes que excluyen cobertura en EE.UU. este deducible no aplica

■ INFORMACIÓN DEL PLAN

BENEFICIO	COBERTURA
Cobertura máxima por persona, por año póliza	US\$ 5.000.000
Límite de edad para aplicar	Hasta 79 años
Periodo de espera	30 días
Cobertura fuera de EE.UU.	100%* con libre elección de médicos y hospitales
Cobertura dentro de EE. UU.	• 100%* dentro de la Red EVER® • Fuera de la Red EVER® US, la cobertura será del 70%, con una tarifa diaria máxima de hasta US\$800 por una habitación estándar y hasta US\$1.500 por cuidados intensivos • El tratamiento médico de urgencia estará cubierto al 100%*, hasta los límites de la póliza

■ BENEFICIOS HOSPITALARIOS

BENEFICIO		COBERTURA
Habitación privada estándar		100%*
Unidad de cuidados intensivos		100%*
Gastos para un acompañante adulto de un asegurado hospitalizado	Menores de 18 años	US\$150 por noche, máximo 45 noches
	Mayores a 18 años	100%*, máximo de 30 noches
Medicamentos prescritos durante la hospitalización		100%*
Terapia física y rehabilitación		100%*
Tratamientos psiquiátricos		US\$2.000

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ BENEFICIOS AMBULATORIOS

BENEFICIO	COBERTURA
Atención en área de emergencia	100%*
Visitas a médicos y especialistas	100%*
Visitas a domicilio de médicos y especialistas	100%*
Medicamentos por prescripción médica	US\$55.000
Atención de enfermera(o) o terapeuta a domicilio	US\$12.000
Chequeo médico preventivo por asegurado, sin deducible (después de un periodo de espera de 10 meses)	OPCIONES I y II • US\$200 hasta 17 años • US\$250 a partir de los 18 años
Aparatos Auditivos	US\$1.200 vitalicio
Enfermedad de Alzheimer	100%*
Tratamiento de alergias	100%*
Terapia física y rehabilitación	US\$12.500

■ BENEFICIOS GENERALES

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura para procedimientos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

BENEFICIO		COBERTURA
Honorarios del cirujano y del anestesiólogo		100%*
Exámenes de laboratorio y servicios de diagnóstico (pruebas de laboratorio, patología, radiografías, resonancia magnética/tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones)		100%*
Oncología: pruebas de cáncer, tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia) y medicamentos		100%*
Cirugía para reducir el riesgo de cáncer o cirugía profiláctica		US\$35.000 vitalicio (tras un periodo de espera de 12 meses)
Servicios de diálisis		100%*
Prótesis y aparatos médicos implantados durante la cirugía		100%*
Trasplante de órganos (por órgano/tejido)		US\$500.000 vitalicio, y US\$500.000 adicionales disponibles (con anexo). Incluye gastos del donante vivo
Equipo médico durable		US\$12.000
Tratamientos especializados (terapia ocupacional, logopedia, apnea del sueño y otros trastornos del sueño)		US\$3,500
Condiciones congénitas	Diagnosticados antes de los 18 años	US\$500.000 vitalicio
	Diagnosticados después de los 18 años	100%*

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ BENEFICIOS GENERALES

Los siguientes beneficios ofrecen la misma cobertura para procedimientos de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

BENEFICIO	COBERTURA
VIH-SIDA	US\$250.000 vitalicio (después de un periodo de espera de 48 meses)
Cirugía bariátrica	US\$5.000 vitalicio (después de un periodo de espera de 24 meses)
Tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos del pie	100%* (después de un periodo de espera de 24 meses)
Cirugía reconstructiva después de un accidente o enfermedad	Hasta el límite del beneficio

■ BENEFICIOS DE MATERNIDAD

Periodo de espera de 10 meses, no se aplica deducible.

BENEFICIO	COBERTURA
Maternidad (opciones I y II)	• US\$5.000, no aplica deducible • Incluye la Extracción y almacenamiento de células madre
Complicaciones de la maternidad y del recién nacido (opciones I y II)	US\$500.000 vitalicio
Inclusión del recién nacido dentro de los 90 días posteriores al nacimiento (opciones I y II)	Sin evaluación de riesgo si nace de una maternidad cubierta

■ BENEFICIOS DE EVACUACIÓN MÉDICA

BENEFICIO	COBERTURA
Transporte de emergencia	Ambulancia terrestre 100%*, no aplica deducible
	Ambulancia aérea US\$65.000, no aplica deducible
Costo del boleto de regreso para el asegurado y un acompañante después de una evacuación en ambulancia aérea	US\$550 por persona
Repatriación o cremación de restos mortales	US\$45.000

■ OTROS BENEFICIOS

BENEFICIO	COBERTURA
Actividades y deportes de alto riesgo	100%*
Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente	100% para el tratamiento dentro de los primeros 180 días del accidente cubierto
Cuidados paliativos	100%*

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ OTROS BENEFICIOS

BENEFICIO	COBERTURA
Cobertura temporal de accidentes mientras se procesa la aplicación	US\$35.000
Cobertura gratuita extendida para lo dependientes de la póliza después del fallecimiento del titular	1 año
Eliminación/reducción del deducible de la póliza no haber alcanzado el deducible durante los últimos 3 años	OPCIONES I, II y III: Eliminación durante 1 año si no se ha alcanzado el deducible en los años anteriores OPCIONES IV y V: • Reducción del 50% si no se ha alcanzado el deducible en los años anteriores
Chequeo ejecutivos	Hasta US\$ 750, después de un periodo de espera de 24 meses dentro de la Red EVER® Prevent
ForEVER® Fit	Hasta US\$50 a partir de los 18 años, por asegurado, por año póliza, vía reembolso
EVER® Expert Medical Review	Acceso a segundas opiniones médicas ilimitadas de expertos de renombre de todo el mundo, sin deducible

(*) Estos beneficios están sujetos a los costos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) de la zona geográfica

■ PLAZO DE LA COBERTURA

La cobertura dura doce (12) meses y se renovará automáticamente por el mismo periodo de tiempo al recibir el pago de la prima correspondiente. Sujeta a los requisitos de elegibilidad, definiciones, condiciones y demás disposiciones de la Póliza que están en vigencia

en el momento de la renovación. La cobertura comienza un (1) minuto después de la medianoche (00:01), hora del Este, en la fecha de efectividad de esta póliza, y finaliza a medianoche (00:00) trescientos sesenta y cinco (365) días después.

■ REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

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

- A|** Residir en un país distinto a los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.);
- B|** El Asegurado titular y su Cónyuge, concubino(a) o Compañero(a) Doméstico(a) deben tener al menos dieciocho (18) años de edad y hasta setenta y nueve (79) años de edad, excepto los menores autorizados(as) por uno de sus padres o un tutor legal;
- C|** Los hijos Dependientes son elegibles hasta:
 - Diecinueve (19) años de edad si son solteros; o
 - Veinticuatro (24) años de edad si son solteros y estudiantes a tiempo completo;
- D|** Pagar la prima correspondiente.

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

La cobertura está disponible para los hijos Dependientes del Asegurado Titular de la póliza hasta el día antes de cumplir diecinueve (19) años de edad si son solteros, o hasta el día anterior a que cumplan veinticuatro (24) años de edad si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditada, al momento de la emisión o renovación de la póliza.

La compañía se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza, una certificación de estudiante emitida por un representante del centro de estudio. Además, se hará un ajuste a las primas si el dependiente se mantiene fuera de su país de residencia por un periodo de más de seis (6) meses.

Cuando ya califiquen como dependientes bajo una póliza, estos serán elegibles para obtener cobertura bajo su propia póliza, sin evaluación de riesgos, al pagar la prima correspondiente, en un plan con igual o mayor deducible bajo las mismas condiciones y/o restricciones de la póliza anterior. La Aplicación del dependiente deberá ser recibida en la compañía antes de terminar el periodo de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura con la compañía.

■ TÉRMINOS, DEFINICIONES Y CONDICIONES

TÉRMINOS

La Compañía pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza, si son médicamente necesarios, incurridos como resultado directo de que el Asegurado(a) sufra lesiones corporales, Enfermedad o esté embarazada durante el periodo de cobertura de la póliza. El pago se

limitará a los gastos usuales, razonables y acostumbrados y los gastos habituales incurridos, tal y como se definen en esta póliza.

La Compañía pagará el 100% de los gastos elegibles y

certificados después de haber satisfecho el Deducible Anual.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho a actuar en nombre y representación del Asegurado si está

incapacitado o fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores autorizados para asistencia médica.

Las siguientes definiciones se aplican a este seguro:

DEFINICIONES

ACCIDENTE

Se refiere a cualquier situación repentina o acontecimiento imprevisto fuera del control de Asegurado, ocurrido solo por causas externas durante el período del año de vigencia de la póliza, que resulten, independientemente de otras causas, en lesiones corporales al Asegurado.

ACCIDENTE GRAVE

Suceso violento, repentino, imprevisto y no intencionado, provocado exclusivamente por causas externas que resulten, independientemente de otras causas, en lesiones corporales para el Asegurado, y que requieran una atención médica con una Hospitalización de veinticuatro (24) horas o más.

ACTIVIDADES Y DEPORTES DE ALTO RIESGO

En contraposición a los amateurs, son deportes en los que los participantes reciben un pago o una compensación monetaria por su actuación en competiciones, demostraciones o entrenamientos. Los gastos médicos derivados de las lesiones causadas durante el entrenamiento o la práctica de aficiones peligrosas y/o deportes profesionales es del cien por ciento (100%) basado siempre en los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (UCR.)

AGENTE O AGENCIA

Persona o Compañía autorizada por EVER® para la comercialización de sus productos y proporcionar además servicios administrativos a los asegurados. El agente podrá contar con acceso a la información médica del Asegurado

ALZHEIMER

El tratamiento relacionado con la enfermedad de Alzheimer y sus complicaciones, se cubrirá al 100% dentro de los costos usuales, acostumbrados y razonables una vez satisfecho el Deducible Anual. Quedan excluidos del ámbito de esta prestación los gastos relacionados

con la terapia recreativa, el cuidado de la custodia y/o el enfermero(a) a domicilio. Los gastos de pañales, los suplementos dietéticos y las cremas para el cuidado de la piel también están excluidos de esta cobertura.

AÑO PÓLIZA

Se refiere al periodo de cobertura de un Asegurado es decir doce (12) meses consecutivos a partir de la fecha de efectividad de la Póliza y cualquier periodo posterior de doce (12) meses para cualquier renovación de esta Póliza.

APARATOS AUDITIVOS

Es un dispositivo médico destinado a amplificar el sonido en caso de fallo auditivo el cual deberá ser prescrito por un Médico. Este beneficio tiene un límite máximo vitalicio de mil doscientos dólares (US\$1.200) después de haber satisfecho el Deducible Anual.

APLICACIÓN

Significa el formulario proporcionado por La Compañía al Aplicante, y todas las respuestas y declaraciones hechas por el Aplicante en él y en respuesta al mismo sobre el Aplicante y/o el/los Dependientes(s) del Aplicante, y utilizado por La Compañía para decidir si acepta el riesgo, modificar la cobertura ofrecida o rechazar el riesgo. La Aplicación incluye todos los documentos, cuestionarios y materiales escritos presentados a La Compañía por o en nombre del Aplicante y/o el/los Dependiente(s) del mismo, incluyendo, pero no limitado a cualquier examen médico. Todas las Aplicaciones están sujetas a evaluación por parte de la Compañía. La aceptación no está garantizada.

ASEGURADO

Individuo que ha completado o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, ha pagado la prima para la cobertura, para quien se ha confirmado la cobertura y a quien se le ha emitido una Póliza.

ATENCIÓN DE ENFERMERA(O) TERAPEUTA A DOMICILIO

Significa los servicios médicos de una enfermera autorizada por el gobierno en el domicilio del Asegurado cuando son prescritos por un Médico y relacionados directamente a una Enfermedad o Lesión por la que el Asegurado haya recibido y está recibiendo un tratamiento cubierto sujeto a las Normas, Términos y Definiciones de esta Póliza. La Enfermería a Domicilio tendrá una cobertura de doce mil dólares (US\$12.000) una vez satisfecho el Deducible Anual, con sujeción a los gastos razonables, habituales y acostumbrados en la zona donde se prestan dichos servicios. Todas las decisiones relativas a la aceptación o coordinación de este beneficio serán tomadas exclusivamente por La Compañía. Un plan de tratamiento debe presentarse que justifique la necesidad médica y no incluya los cuidados de custodia.

CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía, a su sola discreción pudiera no renovar, modificar, cancelar o rescindir esta Póliza, o modificar las tarifas y el Deducible de la misma, en los casos en los cuales algunas de las siguientes condiciones esté presente:

- A|** La información declarada en la Aplicación es falsa, está incompleta, o cuando se ha cometido un fraude, cualquiera de los cuales ha ocasionado que la Compañía aprobara la Póliza que de haber proporcionado a la Compañía la información correcta, hubiera sido emitida bajo ciertas condiciones o se hubiese determinado que el Aplicante era una persona no asegurable;
- B|** El Asegurado y/o sus Dependientes cambia de País de Residencia y deja de notificar a la Compañía en un plazo de treinta (30) días;
- C|** El Asegurado Titular o el Contratante (si existiera), solicita por escrito la cancelación de la cobertura o no abona la prima de acuerdo a lo estipulado en esta Póliza;
- D|** El Asegurado somete un reclamo o información que la Compañía considere fraudulento. En caso que ocurriera dicho fraude, el Asegurado Titular será responsable y tendrá que reintegrar a la Compañía por los pagos hechos en referencia al reclamo en cuestión, ya sea que el pago haya sido como reembolso al Asegurado o directamente al Proveedor;
- E|** El estado civil del Titular cambia debido a divorcio o

separación en caso de Compañeros Domésticos. El Asegurado debe notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días de la fecha del divorcio o separación. La cobertura para el Cónyuge Dependiente cesará al finalizar el Año Póliza;

- F|** El Asegurado vive en un país bajo embargo o sancionado por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, por sus siglas en inglés), o el Asegurado aparece en alguna de las listas de personas sancionadas por la OFAC; o
- G|** El Asegurado pasa más de ciento ochenta y tres (183) días de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días en los EE. UU. o cualquiera de sus territorios.

CHEQUEO EJECUTIVO

Es un examen integral en el que los médicos registrarán el historial de salud del asegurado y realizarán un examen físico completo, que incluye, entre otros, lo siguiente:

Evaluación general con un médico especializado en chequeos ejecutivos de salud; evaluación de aptitud física por un fisiólogo; evaluación nutricional integral por parte de un nutricionista registrado; evaluación cardíaca; electrocardiograma; TC de calcio coronario (si es mayor de 40 años); evaluación pulmonar; prueba de espirometría; radiografía de tórax; detección de cáncer de piel; pruebas de visión y audición (incluyendo fotografía de fondo de ojo); estudios de laboratorio; panel de química; Hemograma completo; panel de lípidos; prueba de función tiroidea, vitamina D y B12; cardio-CRP; análisis de orina.

Este beneficio está limitado a setecientos cincuenta dólares (US\$750) por asegurado/por año, después de un periodo de espera de 24 meses, y sujeto al uso de la Red EVER® Prevent.

CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO

Significa un examen médico realizado por un médico autorizado para controlar el estado de salud. Este beneficio está disponible para todos los asegurados sin aplicación de deducible.

Esta póliza cubrirá hasta un máximo de doscientos dólares (US\$200) por Asegurado hasta los diecisiete (17) años de edad, y doscientos cincuenta dólares (US\$250) por Asegurado de dieciocho (18) años en adelante, para los Chequeos Médicos Preventivos en las opciones I y II de esta Póliza.

Este beneficio está sujeto a un periodo de espera de diez (10) meses. Este beneficio incluye la cobertura de nutricionista, tratamientos para dejar de fumar, evaluaciones físicas, procedimientos de diagnóstico, prueba del virus del papiloma humano (VPH) y/o vacunas.

CIRUGÍA AMBULATORIA

Es cualquier cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

Procedimiento quirúrgico para la pérdida de peso. La cobertura de este beneficio es de cinco mil US\$5.000 Vitalicios, este beneficio incluye tratamientos, y/o las consecuencias que se deriven posteriormente; siempre que el Asegurado haya estado cubierto de forma continua bajo esta Póliza durante al menos dos (2) Años. Para tener acceder a este beneficio, se aplicará la siguiente condición:

- A|** El procedimiento debe ser considerado Medicamento Necesario, tal como se define en esta Póliza;
- B|** El Asegurado debe notificar a La Compañía tan pronto como se haya calificado como candidato a la cirugía y cumple, entre otros requisitos, con índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés) de cuarenta (40) o más;
- C|** El procedimiento haya sido aprobado por La Compañía;
- D|** Todas las decisiones relativas a la aceptación o coordinación de esta prestación serán adoptadas exclusivamente por La Compañía.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante dos (2) años a partir de la fecha de aprobación del cambio de plan.

CIRUGÍA PARA REDUCIR EL RIESGO DE CÁNCER O CIRUGÍA PROFILÁCTICA

La cobertura de este beneficio es hasta un máximo de treinta y cinco mil dólares (US\$35.000) por Asegurado, por Vida, después del Deducible, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- A|** El asegurado tiene una predisposición conocida

al cáncer (BRCA1 o BRCA2, u otra predisposición genética conocida de susceptibilidad al cáncer) o una mutación deletérea confirmada por pruebas genéticas realizadas después del Periodo de Espera de este beneficio. Las pruebas genéticas o procedimientos similares que demuestren la necesidad de este procedimiento están cubiertos por este beneficio. Si no se demuestra la necesidad, las pruebas pueden tener cobertura bajo el beneficio de chequeo médico preventivo prevista en esta Póliza;

- B|** Se confirma mediante una Segunda Interconsulta Médica EVER® que el la cirugía es médicamente necesaria y se ha cumplido un periodo de espera de doce (12) meses desde la fecha de entrada en vigor de la póliza. Todos los servicios deben ser previamente aprobados y serán coordinados por la Compañía dentro de una red de Proveedores preferidos designados por la Compañía. El importe máximo de este beneficio incluye todos los procedimientos y complicaciones a la cirugía profiláctica autorizada. Si el Asegurado solicita un cambio de plan en el que esta prestación es superior, prevalecerá la prestación inferior ofrecida en el plan anterior durante un (1) año a partir de la fecha de aprobación del cambio de plan.

CLASIFICACIÓN

Se refiere a todos los individuos a los cuales se les haya emitido esta Póliza y que pertenezcan a una misma clasificación, tal y como sea definido por la Compañía en el momento de emisión o renovación.

Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a, individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad o sexo, de emisión, ocupación, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.

COBERTURA GRATUITA EXTENDIDA PARA LOS DEPENDIENTES DE LA PÓLIZA DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO DEL TITULAR

En caso de que el Asegurado Titular fallezca, los Dependientes cubiertos por la Póliza tendrán cobertura gratuita por un periodo de dos (2) años después del último periodo pagado de la Póliza, siempre y cuando la causa de la muerte sea el resultado de una condición o Accidente cubierto por esta Póliza. Para activar este beneficio, la prima no devengada del asegurado Titular no será reembolsada para proporcionar este beneficio a los

Dependientes del Asegurado Titular. Este beneficio sólo cubre el valor de la prima de los Asegurados Dependientes que estaban en la Póliza en el momento del fallecimiento del Titular de la Póliza, y finalizará automáticamente en la siguiente renovación si el Cónyuge superviviente vuelve a contraer matrimonio o para los Dependientes que ya no son elegibles para la cobertura como tales y emiten su propia Póliza. Esta prestación no cubre los costos adicionales si se solicita alguna modificación de la cobertura existente.

COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD

Curso anormal del embarazo y el pos-parto, período que impide que la madre pueda tener un el parto bajo atención médica regular. A efectos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea que ocurre después de una cesárea anterior, no se considera Complicaciones de la maternidad. Este beneficio no se aplica a las complicaciones relacionadas con cualquier condición excluida o que no están cubiertos por esta póliza, incluyendo pero no limitándose a las complicaciones de la maternidad o el recién nacido durante el parto, derivado de un embarazo resultante de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o embarazos no cubiertos. Las maternidades no consideradas como Complicaciones de Maternidad se limitarán al máximo del beneficio de Maternidad que figura en esta Póliza. Las complicaciones de la maternidad sólo se cubrirán cuando el está cubierto por esta póliza. El beneficio por complicaciones de la maternidad está limitada a US\$ 500.000 vitalicio sin deducible y sólo está disponible en las opciones:

- Opción I (US\$500 / US\$1.000);
- Opción II (US\$2.000)

CONDICIONES CONGÉNITAS

También denominadas Enfermedades, son trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditario

El beneficio para cualquier Condición Congénita que se manifieste antes de que el Asegurado cumpla dieciocho (18) años de edad es de hasta un máximo de quinientos mil dólares (US\$500.000) UCR Vitalicios.

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

Los beneficios por Condiciones congénitas que se manifiesten por primera vez a partir del decimoctavo (18) cumpleaños del Asegurado elegible, serán cubiertos hasta un máximo de dos millones dólares (US\$2.000.000) UCR Vitalicios.

Estos beneficios excluyen condiciones y/o consecuencias resultantes de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimientos para el tratamiento de la fertilización asistida que se manifiesten a cualquier edad.

CONDICIONES PREEXISTENTES

Son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido Hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas después de la Fecha de efectividad Original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Cobertura.

Tratamientos por Condiciones preexistentes no declaradas no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Compañía podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la misma.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Cuando el Asegurado cuente de otra cobertura de seguro médico en su país de residencia y la misma ofrezca prestaciones similares a las cubiertas por esta Póliza, todas las reclamaciones deberán realizarse en primera instancia con dicho seguro médico. La cobertura y beneficios establecidos bajo esta póliza actuará como secundaria y sólo proporcionará cobertura al asegurado cuando se hayan pagado y agotado los beneficios de su seguro médico en su país de residencia.

Las cantidades pagadas por los beneficios cubiertos por ese seguro que sean elegibles bajo esta Póliza se aplicarán al Deducible Anual del Asegurado. Una vez satisfecho el Deducible Anual, los gastos que no hayan sido pagados por dicho seguro serán cubiertos por esta Póliza, siempre y cuando sean elegibles de acuerdo con los Términos, Definiciones y Condiciones de esta Póliza.

Cuando se esté presentando un reclamo con coordinación de beneficios, se deberá presentar la prueba de la cobertura del otro seguro, con una copia de los registros médicos, las facturas desglosadas, la explicación de los beneficios, así como los pagos realizados por el seguro médico. La cantidad total de pagos no deberá ser mayor a la Cantidad total de los pagos de los gastos incurridos, la Compañía no pagará ninguna cantidad reembolsada por el otro seguro a pesar de que exceda el Deducible de la Póliza.

Subrogación e Indemnización; En caso de que el Asegurado reciba beneficios bajo la Póliza, La Compañía adquirirá todos los derechos de recuperación o causas de acción que el Asegurado pueda tener contra cualquier persona u organización, hasta el importe de las prestaciones pagadas. El Asegurado debe firmar y entregar cualquier documento necesario y hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de La Compañía.

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

Los gastos médicos por Lesión o Enfermedad del Recién Nacido, tales como insuficiencia respiratoria, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y trauma durante el parto, que hayan sido diagnosticadas durante los primeros treinta (30) días de vida, recibirán cobertura después del Deducible correspondiente. Este beneficio excluye gastos relacionados con Condiciones Congénitas o Hereditarias. Para que la Compañía provea este beneficio, el niño debe haber nacido de una Maternidad Cubierta por esta Póliza:

- Opción I (US\$500 / US\$1.000);
- Opción II (US\$2.000)

La cobertura de gastos adicionales al límite máximo del beneficio de Complicaciones de Nacimiento solo tendrá efectividad en caso de que el Recién Nacido de una Maternidad Cubierta sea agregado como Dependiente en la Póliza. Para agregar un Recién Nacido a la Póliza se debe enviar copia del acta de nacimiento y/o notificar a la Compañía sus datos personales y pagar la prima

correspondiente, dentro del plazo de noventa (90) días a partir del nacimiento.

La inclusión del recién nacido no estará sujeta a evaluación de riesgos si nació bajo una maternidad cubierta. Los recién nacidos de embarazos no cubiertos o aquellos resultantes de tratamientos de fertilidad, aun cuando dicho tratamiento haya sido cubierto por esta Póliza, no califican para el beneficio de inclusión automática y deberán completar una Solicitud y someterse a una evaluación de riesgos.

CUIDADOS PALIATIVOS PARA CASOS TERMINALES

Se define a este beneficio como una forma de atención especializada para pacientes con una corta esperanza de vida como resultado de un diagnóstico terminal. La cobertura es del cien por ciento (100%) de acuerdo con el UCR para ofrecer estos servicios paliativos a pacientes con una Enfermedad terminal cubierta por esta Póliza, con un diagnóstico médico certificando que se trata de una Enfermedad terminal con una expectativa de vida para el Asegurado de ciento ochenta (180) días o menos.

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

DECLARACIÓN ERRÓNEA DE LA EDAD

Si se demuestra que la edad de un Asegurado ha sido declarada erróneamente y, por lo tanto, dicho Asegurado no habría sido elegible para la cobertura, la responsabilidad de la Compañía se limitará a un ajuste o devolución de prima según lo definido en esta Póliza. La Compañía se reserva el derecho de recuperar todos los reclamos pagados anteriormente.

DEDUCIBLE ADICIONAL

Si durante el momento de la selección de riesgos se ha establecido un Deducible adicional por alguna condición médica específica, el Asegurado tendrá dos (2) Deducibles por Año Póliza.

Para la cobertura de reclamaciones relacionadas con una condición médica aprobada con un Deducible adicional, este deberá cubrirse por separado al Deducible anual

correspondiente a la opción elegida.

DEDUCIBLE ANUAL

Es la cantidad pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos.

La Compañía pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados después que el Deducible Anual haya sido satisfecho.

El Deducible Anual según consta en el Certificado de Cobertura será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente periodo del Año Póliza.

DEPENDIENTE

Se refiere al cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en concubinato con el Asegurado Titular (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Asegurado Titular o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Asegurado Titular, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando a la Fecha Efectiva de la cobertura o la fecha de renovación dichos hijos sean solteros y residan con el Asegurado Titular, en cuyo caso podrán estar cubiertos hasta que cumplan 19 años. En caso que el Dependiente sea soltero y estudie a tiempo completo, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24 años de edad.

DISPOSICIONES DE RENOVACIÓN

Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

- 1| La póliza ha permanecido continuamente en vigor sin interrupción;
- 2| El Asegurado acepta las Normas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza vigentes en el momento de la Renovación;
- 3| No se ha notificado la cancelación por parte del titular de la póliza con al menos un (1) mes de antelación a la renovación y la prima se ha pagado en un plazo de treinta (30) días de la fecha de renovación, en cuyo caso, la renovación de la cobertura, será automática.

En cada renovación se emitirá un recibo como prueba de que el seguro está en vigor.

Se acuerda además que esta póliza se renovará en cada fecha de renovación con sujeción a las Normas, Términos, Definiciones, Beneficios y tarifas de primas vigentes en el momento de cada renovación. La Compañía tiene derecho a ajustar las primas y cambiar las normas, los términos, las definiciones y los beneficios del Póliza para cualquier clase en el momento de cada renovación.

ELIMINACIÓN DEDUCIBLE EN CASO DE ACCIDENTE GRAVE (Opciones I,II y III)

Se eliminará el Deducible para el primer tratamiento médico hospitalario urgente que requiera la Hospitalización de un Asegurado que haya sufrido un Accidente Grave (tal y como se define en esta Póliza), en cualquier parte del mundo, siempre que la atención médica se reciba dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después del Accidente Grave.

Cualquier Hospitalización o servicio médico posterior relacionado o no con el Accidente Grave, será sujeto al Deducible seleccionado por el Asegurado.

La cobertura de esta Póliza actuará como secundaria a cualquier otra Póliza o plan de asistencia sanitaria.

ELIMINACIÓN/ REDUCCIÓN DE DEDUCIBLE

El asegurado que no alcance el Deducible por un periodo de tres (3) Años Póliza consecutivos tendrá derecho a la eliminación del Deducible a partir del cuarto (4º) año en las opciones I, II, III y IV de esta Póliza.

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

Durante cualquier Año Póliza posterior a recibir este beneficio, se requerirá el pago del Deducible y el Asegurado deberá esperar otros tres (3) Años Póliza consecutivos sin haber alcanzado el Deducible para tener derecho a este beneficio nuevamente. Los reclamos no cubiertos, así como la cobertura de Chequeo médico preventivo y maternidad, no serán considerados como un reclamo a efectos de este beneficio.

Este beneficio sólo se aplica al Deducible anual de la Póliza y no a cualquier otro Deducible adicional que pueda tener el Asegurado.

EMERGENCIA

Es una Enfermedad o Accidente súbito e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de la vida o daños graves en el cuerpo.

ENFERMEDAD

Se refiere como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Efectividad de la Póliza y durante el Año Póliza.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS

La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el mal funcionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico autorizado, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como un Equipo Médico Duradero, este no necesariamente será cubierto en todos los casos.

El equipo Médico Durable excluye sillas de ruedas o camas

accionadas por motor, dispositivos robóticos (protésicos o no), artículos de uso personal tales como accesorios de teléfono o mesas de cama, artículos utilizados para modificar la calidad o temperatura del aire, tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire); equipos desechables, bicicletas estáticas, lámparas de sol o calor, almohadillas térmicas, bidés, asientos de inodoro, asientos de bañera, baños de sauna, elevadores, baños de hidromasajes, equipos de ejercicio y/u otros artículos similares, o el costo de instrucciones para el uso o el cuidado de cualquier dispositivo médico. También se excluyen adaptaciones de Equipo Médico Durable a cualquier residencia o vehículo. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora y los mismos deberán ser provistos por La Compañía o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora. El beneficio de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos están cubiertos al cien por ciento (\$12000) por Asegurado, por Año Póliza.

ERRORES ADMINISTRATIVOS

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

EVER® EXPERT MEDICAL REVIEW

Acceso a una segunda interconsulta médica con destacados expertos de todo el mundo, sin Deducible.

EXAMEN MÉDICO

Significa declaración escrita de un Médico sobre la salud del Asegurado con relación a la condición física y médica del Asegurado y/o su(s) Dependiente(s), si aplica, basado en observaciones clínicas y/o pruebas médicas las cuales son utilizadas por la Aseguradora con el propósito de evaluar el riesgo. El Examen Médico debe ser documentado utilizando formulario médico aprobado por la Compañía.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Son todos aquellos análisis de laboratorio, las investigaciones o informes de radiografía, resonancias magnéticas y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Exámenes y Servicios de Laboratorio se consideran como parte de los Servicios para Pacientes Externos, cuando éstos sean proveídos u ordenados por un Médico debidamente Autorizado.

EXÁMENES FÍSICOS

La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de un reclamo, en el momento y con la frecuencia que la Compañía considere necesarios durante la pendencia del reclamo. El Asegurado pondrá a disposición de la Compañía todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Compañía para obtener dichos informes y expedientes. El no autorizar la emisión de todos los expedientes médicos que pida la Compañía dará por resultado que se deniegue el reclamo. La Compañía tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Compañía.

EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA

El período de espera de treinta (30) días podrá ser eliminado si se cumplen los siguientes requisitos:

- A)** Se declara sobre una cobertura previa similar a la solicitada en la nueva Póliza. Además, se entrega a la Compañía una copia de la Póliza previa junto con el comprobante de pago de los últimos doce (12) meses de cobertura;
- B)** La solicitud es presentada ante la Compañía dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización de la cobertura de la Póliza anterior; y
- C)** El asegurado ha estado cubierto por un seguro médico con beneficios equivalentes a los de esta Póliza, el cual haya estado vigente de manera ininterrumpida por al menos doce (12) meses inmediatamente antes de la Fecha de Efectividad.

Cualquier prueba de cobertura previa presentada después de la aprobación de la póliza no será válida para esta exoneración.

Si el período de espera es eliminado, cualquier beneficio aplicable a esta póliza por una condición ocurrida durante dicho período estará limitado al menor beneficio disponible entre esta Póliza o la anterior, durante todo el tiempo que el asegurado permanezca cubierto bajo esta Póliza.

El período de espera de diez (10) meses para el beneficio de cuidados de maternidad no es elegible para esta exoneración, al igual que los períodos de espera exigidos para otros beneficios según lo establecido en la Póliza.

FECHA DE EFECTIVIDAD ORIGINAL DE LA PÓLIZA

Significa la primera fecha en que esta Póliza es emitida, como se refleja en el Certificado de Cobertura para dicho Año Póliza, y no es la fecha de la Aplicación o la fecha de renovación para cualquier Año Póliza subsiguiente.

FECHA DE VENCIMIENTO

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

FOREVER® FIT

Este beneficio cubre hasta \$50 para membresías en gimnasios, centros de yoga, clubes deportivos y otras instalaciones destinadas a la actividad física y el bienestar a partir de los 18 años, por asegurado/por año póliza, vía reembolso, todas las opciones. Su propósito es fomentar un estilo de vida saludable mediante el ejercicio regular y el bienestar físico. No cubre gastos adicionales como entrenadores personales, clases privadas, masajes o suplementos.

GASTOS PARA UN ACOMPAÑANTE ADULTO DE UN ASEGURADO HOSPITALIZADO

Menor de dieciocho (18) años

La cobertura para un acompañante adulto de un Asegurado Dependiente menor de dieciocho (18) años de edad hospitalizado, es de hasta un máximo de ciento cincuenta dólares (US\$150) por noche, con un máximo de cuarenta y cinco (45) noches.

Mayor de dieciocho (18) años

La cobertura para un acompañante adulto de un Asegurado hospitalizado mayor de dieciocho (18) años de edad es del cien por ciento (100%) UCR, hasta un máximo

de treinta (30) noches de Hospitalización del Asegurado.

Los cargos deben ser por concepto de cama para acompañante de un Asegurado hospitalizado y estar incluidos en la factura del Hospital. Si el costo de la habitación incluye la cama para acompañante, este beneficio no aplica ni es transferible a ningún otro gasto relacionado con el acompañante o la Hospitalización.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS

Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Compañía. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

HONORARIOS DEL CIRUJANO, ASISTENTE DEL CIRUJANO O ANESTESIÓLOGO

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

HOSPITAL

Es cualquier institución legalmente licenciada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra ubicado, donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

LESIÓN

Daño corporal causado por un accidente externo, súbito, fortuito y ajeno a la voluntad del asegurado, dentro del periodo del Año Póliza

MATERNIDAD

A| La cobertura se limita a:

- Opciones de deducible:
 - » Opción I (US\$500 / US\$1.000); y
 - » Opción II (US\$2.000)

- US\$ 5.000, sin deducible
- Incluye la extracción y almacenamiento de células madre de la sangre del cordón umbilical

- B|** La cobertura se limita a los embarazos en los que la fecha real del parto es de al menos diez (10) meses después de la Fecha de Vigencia Original de la Póliza para el respectivo Asegurado.
- C|** Todos los gastos relacionados al tratamiento pre- y post-natal, el alumbramiento, aborto espontáneo, las complicaciones del embarazo o del alumbramiento y el costo de la atención rutinaria que se proveen al recién nacido están limitados al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza, a menos que se trate de una Complicación de Maternidad, tal y como se define en esta Póliza. El beneficio de Maternidad es limitado a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el área donde la Maternidad ocurra.
- D|** Periodo de Espera de diez (10) meses del beneficio de cuidados de maternidad será exonerado para las hijas Dependientes que hayan estado aseguradas en la Póliza de sus padres por un período superior a diez (10) meses y soliciten su propia póliza en un plazo de treinta (30) días al dejar de calificar como Dependientes.
- E|** Los beneficios de maternidad solo aplican a hijas Dependientes hasta los veinticuatro (24) años de edad, siempre que hayan estado aseguradas en la Póliza de sus padres por más de diez (10) meses. El beneficio de Complicaciones de Maternidad y del Nacimiento del Recién Nacido no está disponible para hijas Dependientes. Para optar por el mismo, deberán cumplir un Periodo de Espera de diez (10) meses al adquirir su propia Póliza, que inicia en la Fecha de Efectividad de la misma. En un plazo de noventa (90) días después del nacimiento del Recién Nacido en la Póliza de sus padres, la hija Dependiente deberá obtener su propia Póliza individual la cual será aprobada bajo las mismas condiciones del plan del cual era Dependiente y en la que podrá incluir al Recién Nacido de una Maternidad cubierta, sin evaluación de riesgos.
- F|** Los beneficios de maternidad incluyen partos normales, partos por cesárea, cuidados prenatales y cuidados post-natales, incluyendo la circuncisión por hasta treinta (30) días de la fecha del alta.
- G|** Este beneficio está disponible para los hijos dependientes de sexo femenino.

- H|** Este beneficio no está disponible si la maternidad está excluida por cualquier otra disposición de esta Póliza.

MÉDICAMENTO NECESARIO

Se refiere a un tratamiento, servicio o suministro médico que es que la Compañía determine como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Un tratamiento, servicio o suministro no será considerado médicamente necesario si:

- A|** Se proporciona sólo como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado, o el proveedor;
- B|** No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
- C|** Supera el nivel de atención que se necesita para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado y apropiado;
- D|** No está reconocido científicamente o médicamente;
- E|** Se considera experimental y no está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico con licencia y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Los Medicamentos por Prescripción Médica recetados como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

- 1|** El medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer;
- 2|** Cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos o por la Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency); y
- 3|** Cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Compañía. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

Prescripciones o Medicamentos Especializados son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas. Cualquier medicamento no administrado durante una Hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones o Medicamentos Especializados serán solamente tomadas por la Compañía.

En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado se pueda administrar de forma segura en un centro ambulatorio preferido, la Compañía coordinará la administración y entrega del medicamento a dicho centro. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado sea auto administrado, la Compañía coordinará la dispensación y entrega del medicamento ya sea con el médico que prescribió el medicamento, o con la farmacia de la Red o con el distribuidor de medicamentos.

Los Medicamentos Especializados deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Compañía para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la Compañía a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán considerados sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los Medicamentos Especializados que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Compañía de acuerdo con el plan de tratamiento.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Compañía.

EVER® Insurance podrá reconocer, de manera excepcional, el uso y reembolso de medicamentos aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) únicamente cuando el Asegurado se encuentre en un país o territorio donde la (EMA) ejerza jurisdicción regulatoria, y siempre que se verifiquen las condiciones descritas en la presente cláusula.

1. ALCANCE DE LA COBERTURA

Este beneficio aplica exclusivamente para padecimientos de baja o mediana complejidad, cuya atención no requiera manejo especializado ni tratamientos de alta especialidad. Quedan expresamente excluidos los medicamentos destinados al tratamiento de:

- Cáncer y enfermedades oncológicas;
- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias;
- Enfermedades raras u huérfanas;
- Patologías congénitas o de origen genético; y
- Cualquier condición catalogada como alta complejidad de acuerdo con criterios médicos o regulatorios vigentes en la jurisdicción correspondiente.

2. CONDICIÓN DE VIAJE

El Asegurado deberá encontrarse temporalmente en tránsito por un país o territorio bajo regulación de la EMA. No aplican reembolsos cuando la estancia responda a residencia temporal, permanente o tratamientos planificados en dicho territorio.

3. PRESCRIPCIÓN VÁLIDA

El medicamento deberá:

- A** | Contar con autorización vigente de la EMA, y
- B** | Ser prescrito por un profesional médico legalmente habilitado en el país o territorio donde se encuentra el Asegurado.

4. PROCESO DE RECLAMOS

Para la validación del reembolso bajo esta cláusula, el Asegurado deberá presentar:

- Notificación inmediata a EVER Insurance dentro de las primeras 72 horas de emitida la prescripción, a través de los canales oficiales de asistencia y reclamos.
- Informe médico detallado que incluya diagnóstico, razón de indicación y complejidad del padecimiento.
- Receta original, factura del medicamento y copia del documento de viaje que confirme la estancia temporal.
- Cualquier documentación adicional que EVER® Insurance considere necesaria para respaldar la evaluación del caso.

EVER® Insurance podrá solicitar evaluaciones médicas complementarias y se reserva el derecho de rechazar reclamos que no cumplan estrictamente con las condiciones establecidas.

MÉDICO

Es cualquier persona legalmente autorizada para ejercer la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento e incluye a los médicos generales, especialistas y consultores, y que preste dicho tratamiento dentro del ámbito de su licencia y la formación.

MIEMBRO DE LA FAMILIA

Se define como cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo, nieto, suegro, suegra, tía o tío del Asegurado.

MONEDA

El dólar estadounidense será la moneda que se aplique a todas las transacciones con esta Política, a menos que se indique lo contrario.

NOTIFICACIÓN

Es el procedimiento por el cual el Asegurado notifica a la Compañía llamando al número telefónico que se encuentra en la tarjeta de identificación del Asegurado.

PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Compañía.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

PAGO DE RECLAMOS

Siempre que sea posible, la Compañía realizará pagos directos a los proveedores de servicios médicos. Cuando no sea posible, La Compañía reembolsará al Asegurado la tarifa contractual dada a la empresa por el proveedor que brindo el servicio y/o de acuerdo con los honorarios

usuales, acostumbrados y razonables para esa zona geográfica en particular, lo que sea menor. Cualquiera de los gastos o partes de estos que superen estos costos son de responsabilidad exclusiva del Asegurado. Si el titular de la póliza fallece, la Compañía reembolsará los beneficios no pagados al cónyuge nombrado en la solicitud de seguro; si no se nombra a ningún cónyuge, los beneficios no pagados serán reembolsados a quien refleje como heredero del titular de la póliza.

PAÍS DE RESIDENCIA

El País donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier Año Póliza o donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier periodo de 365 días mientras la Póliza esté en vigor.

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

Si un Asegurado permanece, por cualquier motivo, fuera de su País de Residencia por más de ciento ochenta y tres (183) días en un Año Póliza, deberá pagar la tarifa especial establecida para expatriados, de acuerdo a la región en donde permanezca por más tiempo.

Una vez que la Compañía reciba la notificación de cambio de País de Residencia o la misma haya determinado que ocurrió el cambio de País de Residencia, la tarifa de expatriados se aplicará retroactivamente a la fecha en que ocurrió el cambio de País de Residencia.

La Compañía se reserva el derecho en cualquier momento de solicitar información adicional para comprobar la residencia actual o la residencia temporal del Asegurado. El no notificar a la Compañía acerca del cambio de País de Residencia de cualquiera de los Asegurados de acuerdo a lo mencionado, pudiera resultar en una modificación, cancelación o no renovación de esta Póliza a discreción de la Compañía.

PERÍODO DE ESPERA

Es el periodo de tiempo definido por la Compañía durante el cual se excluye la cobertura de alguno de los beneficios de acuerdo con lo que indica esta póliza.

Esta póliza tiene un periodo de espera de treinta (30) días a partir de su fecha de entrada en vigencia. Durante este tiempo la cobertura se limita a las afecciones que aparecen por primera vez y que son causadas por una lesión sufrida durante un Accidente o una Enfermedad Infecciosa. Cualquier otra condición o síntoma que no haya sido causado por un Accidente o que no sea de origen infeccioso, y que se manifieste por primera vez durante este Periodo de Espera, quedará excluido de forma permanente para ese Asegurado en particular durante el resto del tiempo que esté asegurado bajo esta Póliza, con la excepción de un embarazo. Esta restricción se aplicará al Asegurado en cualquier otro plan aprobado por la Compañía o cualquiera de sus filiales.

PERÍODO DE GRACIA

La compañía concede un Periodo de Gracia de treinta (30) días para pagar la prima correspondiente al plan y opción escogida, los cuales comienzan al día siguiente de la fecha de vencimiento de acuerdo con el modo de pago seleccionado. Si no se recibiera el pago en su totalidad de la prima antes de que termine el periodo de gracia esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados a partir de la Fecha de Vencimiento original de la Póliza. La Compañía durante este periodo no proporcionará ni pagará ningún beneficio, a menos que ésta se renueve.

PRUEBA PARA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

La Compañía debe recibir toda la información médica y no médica que se requiera para el inicio del proceso de reclamos incluidas las de maternidad, los cuales deberán entregarse a La Compañía en un plazo de 180 días después del evento. La falta de presentación de un reclamo en el plazo estipulado servirá para invalidar el reclamo.

Los recibos originales deben presentarse a La Compañía en la moneda original en la que se facturó. El beneficio de maternidad es pagadero después del parto. Todas las decisiones relativas a la aceptación o el rechazo de cualquier solicitud de un reclamo serán tomadas exclusivamente por la Compañía.

Para procesar un reclamo, el Asegurado deberá proporcionar la información médica y no médica necesaria. La documentación requerida es la siguiente:

- A)** Formulario de Reclamos debidamente completado.
- B)** Factura detallada del prestador de servicios de salud, especificando los procedimientos realizados y

sirviendo como comprobante del pago efectuado.

- C]** Historia clínica actualizada u otra documentación médica que la Compañía considere relevante para la evaluación del caso.
- D]** En caso de medicamentos, copia de la receta médica o prescripción correspondiente.
- E]** Para reclamos relacionados con accidentes, el Asegurado deberá aportar toda la información pertinente sobre el incidente y las circunstancias en las que ocurrió, de acuerdo con los requisitos de la Compañía. Esto incluye, pero no se limita a: informes de accidentes, reportes policiales o cualquier otro documento emitido por las autoridades competentes. En caso de que un tercero esté involucrado (persona o entidad), será necesario proporcionar sus datos identificativos, detalles del incidente y cualquier otra información relevante para determinar responsabilidades civiles o penales, si aplicara, así como posibles derechos a reembolsos o indemnizaciones.
- F]** Si el Asegurado cuenta con otra póliza de seguro o cobertura médica adicional, deberá enviar los documentos correspondientes al momento de presentar el reclamo.

Cuando se presenten múltiples reclamos para diferentes Asegurados, Accidentes o Enfermedades, cada gasto deberá ser enviado de manera separada, identificando al Asegurado y el evento correspondiente.

Una vez iniciado el proceso de reembolso, el Asegurado deberá enviar toda la información solicitada por la Compañía para que el trámite se realice en un plazo máximo de 90 (noventa) días contados desde el primer requerimiento de la Compañía. Una vez transcurrido dicho plazo sin que la Compañía haya recibido la información solicitada, no procederá la Devolución y la Compañía quedará libre de cualquier obligación. Si la información proporcionada se considera inadecuada o incompleta, esto puede resultar en un retraso en el proceso de pago o reembolso o puede resultar en la cancelación temporal del reembolso hasta que se reciba la información necesaria dentro del plazo estipulado.

En caso de que un reclamo haya sido aprobado por error debido a que la cobertura no aplicaba según los términos de la Póliza o no era reembolsable por cualquier otra razón, la Compañía no tendrá la obligación de seguir cubriendo

los gastos derivados de dicho reclamo. Además, desde la fecha en que se identifique el error, la Compañía podrá solicitar el reembolso de cualquier monto pagado indebidamente.

Cuando un Asegurado o un Proveedor presente una solicitud de Prenotificación, la Compañía podrá emitir, a su discreción, una Carta de Garantía de Pago (GOP, por sus siglas en inglés) con el fin de facilitar el acceso a los servicios médicos requeridos. No obstante, si durante el proceso de tratamiento o hospitalización se determina que los servicios no son elegibles para cobertura —ya sea por tratarse de condiciones preexistentes no declaradas, exclusiones establecidas en la Póliza o cualquier otro motivo que invalide la cobertura— la garantía será revocada. En este caso, el Asegurado asumirá la responsabilidad total de los costos no cubiertos y deberá responder ante el Proveedor por dichos gastos.

QUIROPRÁCTICO

Se refiere a cualquier persona legalmente acreditada para suministrar Tratamientos Quiroprácticos en el país donde se suministra el tratamiento.

REEMBOLSO DE PRIMA

Si un Asegurado o la Compañía cancela esta Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Compañía reembolsará la porción no devengada de la prima, menos los reclamos pagados y costos administrativos (policy fees), hasta un máximo del sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima no devengada. Los costos administrativos y el treinta y cinco por ciento (35%) de la prima básica no son reembolsables. En caso de rescisión de la Póliza, la Compañía aplicará la prima recibida a cualquier pago realizado por un reclamo contra la Póliza.

En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge o beneficiario que se haya nombrado en la Aplicación; si no se nombra a ningún cónyuge o beneficiario en la Aplicación, entonces la prima a ser devuelta se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza.

REINSTALACIÓN DE LA PÓLIZA

Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Compañía considerará

la Reinstalación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Reinstalación como evidencia de buen estado de salud. No se aceptará ninguna Reinstalación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento. La Reinstalación ocurrirá cuando la Aseguradora:

- A|** Acepte la prima vencida atrasada; y
- B|** Apruebe la Solicitud de Reinstalación

La Póliza que ha sido reinstalada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Reinstalación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de diez (10) días de la fecha de Reinstalación, o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Reinstalación de la Póliza.

REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES Y SERVICIOS DE CREMACIÓN

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su País de Residencia, la Compañía pagará hasta cuarenta y cinco mil dólares (US\$45.000) por la repatriación de los restos a su País de Residencia, siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia de una condición cubierta por esta Póliza.

Esta cobertura se limita a todos los gastos básicos incurridos en el proceso de repatriación o en el proceso de cremación de los restos, incluyendo un contenedor básico legalmente aprobado para el transporte, los gastos de envío y las autorizaciones gubernamentales necesarias de acuerdo con los requisitos de la autoridades, y excluye el transporte de los restos mortales en ambulancia aérea o en cualquier transporte privado. Este beneficio es se considera secundario a cualquier otro beneficio de repatriación de restos mortales o cremación al que el Asegurado pueda tener derecho bajo otra cobertura de viaje o de cualquier otra póliza, independientemente del beneficio ofrecido por esta Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado previamente por la Compañía para recibir cobertura.

REQUISITO DE NOTIFICACIÓN

El Asegurado debe ponerse en contacto con La Compañía al menos 72 horas antes de cualquier Hospitalización o Servicio Ambulatorio. Notificación puede realizarse llamando al número de teléfono indicado en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de Accidente

o Emergencia en el que sea imposible que el Asegurado avise antes de recibir el tratamiento, el Asegurado deberá avisar a La Compañía dentro de las 48 horas siguientes al inicio del tratamiento. La falta de notificación a La Compañía dentro del plazo requerido dará lugar a una reducción del treinta (30%) por ciento de los beneficios que de otro modo se habrían pagado bajo los términos y condiciones de esta Póliza.

SERVICIOS AMBULATORIOS

Son los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios Ambulatorios también incluyen los servicios de atención en sala de emergencias de un Hospital o permanecer en el mismo por más de veintitrés (23) horas

SERVICIOS HOSPITALARIOS

Son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios Ambulatorios y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

La cobertura de la terapia física y rehabilitación durante una Hospitalización es de cien por ciento (100%) UCR. La cobertura de la fisioterapia y rehabilitación ambulatoria es de hasta un máximo de doce mil quinientos dólares (US\$12.500) por Asegurado, por Año de Póliza, sobre la base de los gastos usuales, acostumbrados y razonables de la(s) terapia(s) particular(es) del caso, o sobre la base de tarifas especiales establecidas o contratadas de antemano por la Compañía para la zona geográfica, país o Proveedor específico con el que el Asegurado recibe dichos servicios. En todos los casos, la Compañía debe recibir el plan de tratamiento junto con los honorarios estimados, así como la prueba de la necesidad médica de dicho tratamiento plan. La cobertura de esta atención

o tratamiento debe ser autorizada previamente por la Compañía. La Compañía evaluará la extensión del tratamiento si es Medicamento Necesario.

TÉRMINOS DE LA PÓLIZA

Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas correspondientes al Plan y opción de deducible elegido por el Asegurado. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Periodo de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

TITULAR DE LA PÓLIZA

Es el Asegurado bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

TRANSPORTE DE EMERGENCIA POR AMBULANCIA TERRESTRE Y/O AÉREA

Ambulancia aérea

El transporte por Emergencia por Ambulancia Aérea está cubierto por sesenta y cinco mil dólares (US\$65.000), sin Deducible. Este beneficio se aplica estrictamente para las Emergencias.

Si el transporte por Ambulancia Aérea de un paciente sólo puede ser conveniente o recomendado, pero no califica como una Emergencia, como se define en esta Póliza, no será cubierto bajo este beneficio.

Cobertura para viaje de regreso

Este beneficio incluye hasta un máximo de quinientos cincuenta dólares (US\$550) por persona para cubrir el boleto aéreo del Asegurado y de un (1) acompañante al lugar de donde fue evacuado por ambulancia aérea, siempre y cuando el retorno sea realizado dentro de los noventa (90) días después del alta y sea coordinado por La Compañía.

Para la aprobación del beneficio de transporte de emergencia por ambulancia aérea se deberá cumplir los siguientes requisitos:

- A|** El tratamiento de emergencia requerido sea para una condición o Accidente cubierto por la Póliza;
- B|** La vida del Asegurado este en peligro de muerte o de pérdida de alguna de sus extremidades;
- C|** El tratamiento requerido no pueda brindárselo o no está disponible de alguna manera en la zona o lugar

donde se encuentre el Asegurado;

- D|** El transporte sea proporcionado por una entidad con licencia para tales fines, con el personal y el equipo calificado;
- E|** Se autorizará el transporte hasta el Hospital más cercano donde el Asegurado pueda recibir tratamiento por entidades calificadas; y
- F|** El transporte por Ambulancia Aérea debe ser previamente autorizado y coordinado con antelación por la Compañía.

Ambulancia terrestre

El beneficio por transporte de Emergencia por Ambulancia Terrestre es del cien por ciento (100%) UCR, sin Deducible.

El Asegurado, al aceptar estos servicios, exime a la Compañía y a cualquier otra de sus compañías afiliadas, por cualquier negligencia resultante de dichos servicios de transporte, así como por retrasos o restricciones causadas por problemas mecánicos o restricciones gubernamentales, además de los errores, omisiones o negligencias del piloto, conductor o la tripulación o el personal médico a bordo, o debido a condiciones operacionales, atmosféricas, de fuerza mayor o de cualquier otro tipo.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

La cobertura de este beneficio es de quinientos mil USD500.000. (por órgano/tejido, Vitalicio, incluye gastos del donante vivo. Incluye Trasplante de órganos y/o Trasplante de tejidos que sean médicamente reconocidos y que no sean considerados experimentales. La cobertura de Trasplante de Órganos y tejidos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinado por un proveedor médico calificado, que haya sido certificado y validado por EVER® Expert Medical Review y/o aprobado por La Compañía Equipo de Autorización Previa/Servicio Clínico, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la Póliza. Esta prestación incluye:

- A|** Cuidado previos al Trasplante, incluyendo servicios directamente relacionados con una evaluación de la necesidad de Trasplante, evaluación del Asegurado para la procedimiento de Trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante;
- B|** Estudios pre-operatorios incluyendo pero no limitado a, Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnóstico como las investigaciones de radiografía

y de medicina nuclear, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros;

- C|** El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano;
- D|** El procedimiento de Trasplante del órgano;
- E|** Gasto médico de una resección de un donante;
- F|** Cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante. Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado;
- G|** Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la herida, infusión, evaluación, etc.), transportación de emergencia, atención médica, visitas de oficina o clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante

Si desea extender este beneficio deberá obtener el rider de trasplante de órganos.

Procedimiento de Trasplante de Órganos

Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido se implanta de una parte a otra, o de un individuo a otro (dentro de la misma especie). Cuando se extrae un órgano, célula o tejido y luego se vuelve a implantar en la misma persona. Cualquier procedimiento/tratamiento que se apruebe bajo el beneficio de Trasplante deberá ser médicamente reconocido y no considerado experimental. Este beneficio solo está disponible después de la notificación a la Compañía y deberá ser autorizado por la Compañía.

TRATAMIENTOS DE ALERGIA

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

TRATAMIENTO DEL VIH-SIDA

Se refiere a los servicios y gastos médicos prestados al Asegurado como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por y/o relacionado con el virus VIH positivo. El tratamiento sólo estará cubierto cuando

los anticuerpos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana o del virus SIDA no hayan sido detectados antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza así como tampoco en los primeros veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha Efectividad de la Póliza. Este beneficio no estará cubierto:

- A|** Cuando la enfermedad está relacionada con el uso de cualquier droga ilícita intravenosa; o
- B|** Cuando el Asegurado esté tomando medicamentos experimentales o se somete a un tratamiento experimental.

Este beneficio debe ser previamente aprobado por la Compañía. Este beneficio tiene un límite máximo de doscientos cincuenta mil (US\$250.000) Vitalicio, por asegurado.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

Es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar piezas dentales sanas perdidas o dañadas en un Accidente, suministrado dentro de los ciento ochenta (180) días de sufrido el Accidente cubierto. La cobertura de estos servicios es del cien por ciento (100%) UCR.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN HOSPITALIZACIÓN

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado previamente por la Compañía.

La cobertura de este beneficio tiene un máximo de dos mil dólares (US\$2.000) por asegurado, por año de póliza. Los servicios deben ser prestados en un hospital o instalación aprobada por la Compañía.

TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Se define como la terapia que proporciona el Quiropráctico titulado, sujeto a los límites específicos. Los Tratamientos Quiroprácticos no incluyen prescripción de medicinas o cirugía.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS DEL PIE

Son los tratamientos quirúrgicos que tienen como propósito de corregir desórdenes sintomáticos de los pies. Dichos tratamientos quedarán cubiertos bajo esta Póliza, siempre y cuando el Asegurado haya estado continuamente asegurado bajo esta Póliza por un periodo no menos de dos (2) Años Póliza. Este beneficio tiene una

cobertura del cien por ciento (100%), de acuerdo al Usual, Razonable y Acostumbrado de la zona donde se realiza el tratamiento, por Año Póliza después que el Deducible Anual haya sido satisfecho. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Compañía. La pre-notificación y pre-autorización son requeridas. Queda excluido del alcance de este beneficio cualquier tratamiento no quirúrgico de enfermedades de los pies, como Callos, Callosidades, Juanetes-Hallux Valgus, Dedo en Martillo, Neuroma de Morton, Pies Planos, Arcos Débiles, Pies Débiles y otros trastornos sintomáticos no quirúrgicos de los pies, incluyendo pero no limitado a pedicure, uñeros, etc.

TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS

La cobertura de cualquier procedimiento o tratamiento relacionado con el autismo, la apnea del sueño o cualquier otro sueño de los trastornos, así como la terapia ocupacional y la logopedia, es de hasta un máximo de tres mil quinientos dólares (US\$3.500) por Asegurado, por Año de Póliza, dentro de la Red EVER® US.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La cobertura para el tratamiento de un Asegurado en una unidad de cuidados intensivos es del cien por ciento (100%) de acuerdo con los gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (UCR).

■ EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN DE SANCIONES

La Compañía no estará obligada a conceder o mantener la cobertura y La Compañía no será responsable de pagar ninguna reclamación ni de proporcionar ninguna prestación en virtud de este contrato, en la medida en que la concesión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la concesión de dicha prestación expone a La Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o

de las sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de Bardados, la Unión Europea, el Reino Unido, los Estados Unidos de América o cualquier otra sanción nacional que sea aplicable a la empresa.

La póliza que le provee cobertura y la aseguradora que emite esta póliza no han sido aprobadas por la Oficina de Regulación de Seguros de Florida.

■ EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta póliza los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados:

- 1| Todos los tratamientos relacionados con enfermedades preexistentes no declaradas, y aquellas específicamente excluidas, tal como se indica en el Certificado de Cobertura, si los hubiese a menos que sea enmendado.
- 2| Cualquier gasto médico que no esté relacionado con una Enfermedad de origen Infeccioso o Accidente que tome Dentro de los primeros treinta (30) días de la Fecha de Efectividad de esta Póliza, a menos que el Período de Espera haya sido exonerado.
- 3| Tratamiento que debe ser certificado, pero que no haya sido certificado por la Compañía.
- 4| Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo usual, acostumbrado y razonable (UCR) por ese servicio en esa zona o los importes negociados por la Compañía con Proveedores específicos. Incluso cuando el beneficio esté cubierto al cien por ciento (100%), estará sujeta a

estas limitaciones.

- 5| Toda transportación para obtener tratamiento médico que no sea parte de la Transportación Aérea de Emergencia Médica (a no ser Ambulancia Local).
- 6| Epidemias o pandemias. Cualquier tratamiento médico sujeto a la gestión de las autoridades públicas, incluido el tratamiento y servicios relacionados con enfermedades infecciosas declaradas como brote, epidemia o emergencia pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros de Enfermedades Control y Prevención (CDC), o cualquier otro gobierno o agencia gubernamental u órgano de gobierno del país donde se produjo el brote o la epidemia. Además, dicha cobertura también queda excluida si ha habido una advertencia oficial emitida de no viajar a la zona por el Departamento de Estado u oficina similar, las embajadas de los países afectados, la compañía aérea u otro organismo gubernamental, antes de viajar al país afectado, excepto cuando la exposición

se produzca accidentalmente o sin saberlo mientras se viaja hacia o desde zonas de riesgo no declaradas, o como resultado de una visita a la zona antes del brote.

- 7| Cualquier examen rutinario realizado como parte de un estudio preventivo no especificado en la Tabla de Beneficios; incluidos aquellos realizados durante períodos especiales de la vida como infancia, embarazo, perimenopausia y/ andropausia. Así como exámenes rutinarios del oído y los ojos, implantes cocleares o cualquier otro implante quirúrgico para la audición; ojo gafas y lentes de contacto; tratamientos profilácticos, incluidas las vacunas; y la expedición de certificados médicos y exámenes de actitud y/o físicos para trabajar o viajar, salvo lo definido en esta póliza.
- 8| Cualquier tratamiento dental, incluida la dentadura postiza, coronas, incrustaciones y puentes, ortodoncia y cuidados dentales endodónticos y periodontales (que no sea el tratamiento dental de emergencia tras un Accidente).
- 9| El equipo Médico Durable excluye sillas de ruedas o camas accionadas por motor, dispositivos robóticos (protésicos o no), artículos de uso personal tales como accesorios de teléfono o mesas de cama, artículos utilizados para modificar la calidad o temperatura del aire, tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire); equipos desechables, bicicletas estáticas, lámparas de sol o calor, almohadillas térmicas, bidés, asientos de inodoro, asientos de bañera, baños de sauna, elevadores, baños de hidromasajes, equipos de ejercicio y/u otros artículos similares, o el costo de instrucciones para el uso o el cuidado de cualquier dispositivo médico. También se excluyen adaptaciones de Equipo Médico Durable a cualquier residencia o vehículo.
- 10| Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.
- 11| Gastos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.
- 12| Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, Autismo (excepto como se define en esta Póliza), apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las

enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas salvo lo definido en esta Póliza.

- 13| La cirugía electiva o cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
- 14| Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico por deformidad nasal o septal que no haya sido causada por Accidente o traumatismo. La evidencia de un traumatismo debe confirmarse radiográficamente (radiografía, escanografía de tomografía computarizada, etc.).
- 15| Los gastos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicido, abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas. Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas la enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo, excepto el tratamiento de SIDA tal y como se define en esta Póliza.
- 16| Cualquier gasto por trasplante de órganos que no haya sido reconocido médicamente o que se consideran experimentales.
- 17| Gasto de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.
- 18| Todos los gastos de cualquier criopreservación y la implantación o reimplantación de células vivas.
- 19| Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra, o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil, acto de terrorismo o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.
- 20| Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
- 21| Gastos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.
- 22| Cualquier servicio, tratamiento, Lesión o Enfermedad, o los gastos relacionados con servicios

o suministros que no sean Medicamente Necesarios, o proporcionados a un Asegurado que no esté bajo el cuidado de un médico o profesional médico legalmente acreditado en la región o país en el que ejerce; o no ha sido prescrito por un médico o profesional de la medicina; o está considerado una atención homeopática o alternativa; o no está reconocido científicamente o se encuentra todavía en fase de investigación o de ensayo clínico, así como aquellos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Cualquier medicamento que no esté aprobado científicamente para un diagnóstico específico, o que se considere como uso fuera de etiqueta o experimental, o el uso de combinaciones que no son generalmente aceptados por la comunidad científica, incluso cuando un médico particular lo prescriba, así como los medicamentos de venta libre y/o los no aprobados para el tratamiento de la enfermedad específica del Asegurado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Un medicamento recetado que está aprobado por la FDA para la condición específica del Asegurado, pero que forma parte de un tratamiento Experimental, también está excluido de la cobertura.

- 23|** Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.
- 24|** Todo gasto para la anticoncepción temporal o definitiva, incluyendo la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual y/o gastos relacionados con enfermedades sexualmente transmisibles, excepto lo relacionado con SIDA tal y como se define en esta Póliza, a menos que haya sido previamente definido en esta Póliza.
- 25|** Complicaciones de la Maternidad o del Recién Nacido en el marco de una Maternidad no Cubierta. Cualquier gasto por el tratamiento de la madre o del Recién Nacido relacionado con una Maternidad no Cubierta, incluyendo cualquier complicación, así como Gastos de complicación de la maternidad para la persona dependiente hijas. Cualquier gasto por maternidad y nacimiento Complicaciones en

las opciones IV, V, VI y VII de esta póliza. Cualquier interrupción voluntaria de un embarazo (legal o ilegal), a menos que se prescriba porque la vida de la madre está en peligro inminente, o en el caso de una violación legalmente denunciada a las autoridades correspondientes.

- 26|** Cualquier gasto, servicio, intervención quirúrgica o tratamiento para la obesidad o el control de peso, incluyendo cualquier forma de suplemento alimenticio, salvo lo definido en la póliza en el apartado de Cirugía Bariátrica.
- 27|** Cuidados podiátricos, incluyendo pero no limitado a, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, Hallux Valgus, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma, excepto como se define en esta Póliza bajo Tratamiento Quirúrgico para Desórdenes Sintomáticos de los Pies, tal como se define en esta póliza.
- 28|** Tratamiento por medio de estimuladores del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente del motivo de la prescripción. Así como cualquier tratamiento de reposición hormonal, independientemente de su causa o indicación, incluyendo pero no limitativo a la testosterona.
- 29|** Cualquier ingreso hospitalario electivo por más de veintitrés (23) horas antes de la cirugía programada, o la admisión de en un hospital para recibir servicios médicos ambulatorios a menos que haya sido pre aprobado por la Compañía.
- 30|** Tratamiento para los trastornos de la mandíbula y de la articulación, incluyendo pero no limitando a las anomalías del maxilar superior, desórdenes de la mandíbula o la articulación mandibular incluyendo, pero no limitando a anomalías y malformaciones de la misma, el Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TM) , desórdenes de cráneo-mandibulares o cualquier otra condición de la mandíbula o de las articulaciones que unen a la misma con el cráneo y todo el conjunto muscular y nervioso que la componen, así como otros tejidos que estén vinculados con dichas articulaciones.
- 31|** Medicamentos de venta libre, o que se venden son necesidad de receta. o medicamentos por prescripción médica no recetados; medicamentos por prescripción médica excepto como se define en

esta Póliza.

- 32|** Reclamos y gastos por tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades, Accidentes o Maternidades durante el periodo de Año Póliza, a menos que la Póliza haya sido renovada.
- 33|** Cargos por servicios médicos prestados por un familiar inmediato o un miembro del hogar del Asegurado; aun cuando la factura o el reclamo haya sido presentado por otra persona o entidad como una sociedad o corporación profesional están excluidos de la cobertura. Esta exclusión también impide que un Asegurado que también sea médico se trate a sí mismo(a) y presente reclamos para dicha cobertura. A efecto de esta exclusión, familiar inmediato significa cualquiera de lo siguiente: esposo o esposa; padre, hijo o hermano biológico o adoptivo; padrastro, hijastro, hermanastro; suegro, yerno, nuera o cuñado; abuelo o nieto; cónyuge del abuelo o nieto. La Compañía se reserva el derecho de autorizar el tratamiento brindado por el familiar o el uso de las instalaciones del proveedor.
- 34|** Cualquier equipo de riñón artificial portátil o de uso doméstico.
- 35|** El tratamiento de lesiones o enfermedades causadas por cualquier pérdida derivada de la radiación ionizante, la polución o la contaminación radiactiva de cualquier residuo nuclear procedente de la combustión del combustible nuclear y de la radiactividad, explosivo o tóxico radioactivo u otro componente peligroso, así como recibir terapia de rayos X o radioterapia sin prescripción o supervisión médica.
- 36|** La participación de más de un (1) médico, cirujano e instrumentista en una cirugía, a no ser que haya sido aprobado con antelación por la Compañía.
- 37|** Servicios de salud que resulten de Lesiones corporales accidentales derivadas de un Accidente automovilístico, embarcación o aeronave, o de cualquier otro tipo de Accidente en transporte público donde el Asegurado esté cubierto por cualquier tipo de seguro, privado o público, independientemente de que el Asegurado demande o no a un tercero por responsabilidad. Atención y tratamiento de cualquier Lesión, Enfermedad o afección por la que el Asegurado reciba beneficios en virtud de

cualquier ley de compensación laboral, póliza de responsabilidad del empleador o cualquier Póliza similar.

- 38|** Cuidado extendido y de custodia, y servicios de asesoramiento.

Tratamientos en centros de salud mental o instituciones psiquiátricas; residencias de ancianos; Centros de vivienda asistida; hospicios; Centros de atención a largo plazo; hidroclínicas; spa de salud y afiliaciones a gimnasios, excepto lo previsto en esta Póliza.

Cualquier gasto relacionado con la terapia recreacional o educativa; asesoramiento sobre relaciones matrimoniales; servicios de agencias de adopción; asesoramiento pastoral; asesoramiento familiar, Asesoramiento social, laboral, religioso o de otro tipo de inadaptación social; trastornos crónicos de la conducta; codependencia; trastornos del control de los impulsos; trastornos orgánicos; problemas de aprendizaje; síndrome hiperkinético.

Esto incluye cualquier medicamento recetado para el tratamiento asociado con cualquiera de las condiciones anteriores. Cuidados de custodia o asistencia en las tareas domésticas o para la higiene personal; cualquier otro servicio personal ofrecido para la comodidad, incluyendo, pero sin limitarse a los servicios de belleza y peluquería, radio y televisión, comidas y alojamiento de invitados, gastos de teléfono, suministros para llevar a casa, masajes y gastos de viaje, que no sean servicios de Ambulancia de Emergencia Medicamentos Necesarios que se contemplan específicamente en esta Póliza.

- 39|** Cualquier tipo de Complicaciones que resulten de una cirugía que no tenga cobertura en esta póliza. Una cirugía cosmética o electiva, o tratamientos cuyos propósitos principales sean estéticos, incluyendo pero no limitando a trasplantes de cabello, tratamientos de alopecia, piercing en la oreja o cualquier otra parte del cuerpo, reducciones o implantes mamarios, excepto en los casos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta Póliza, excepto lo que especifica esta Póliza.

■ APELACIÓN DE RECLAMOS

En caso de existir algún desacuerdo entre el Asegurado y EVER® respecto a un reclamo que guarde relación sobre una cobertura o reembolso, o decisión administrativa, como requisito previo a iniciar otra acción, el Asegurado deberá solicitar una revisión de la decisión de EVER® a través de una apelación sobre dicho reclamo o decisión

ante el Departamento de Apelaciones de EVER® para su revisión y análisis.

Para solicitar la apelación, el Asegurado deberá enviar una comunicación apelando la decisión a:

EVERAPPEALS@EVERINSURANCEGLOBAL.COM o

EVERAPELACIONES@EVERINSURANCEGLOBAL.COM

dentro de los sesenta (60) días posteriores a la notificación de la decisión a impugnar. La referida comunicación deberá incluir toda la información relevante que guarde relación con el caso, así como también deberá estar acompañada por los documentos de soporte que estime necesario para evaluar nuevamente la decisión tomada.

El Departamento de Apelaciones de EVER® revisará detalladamente los argumentos e información remitida y notificará su decisión por escrito al Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la apelación junto a toda la documentación pertinente. El referido plazo podrá extenderse, de manera justificada, en caso de que

durante el proceso, el Departamento de Apelaciones llegase a solicitar información o documentación adicional del Asegurado o de los Proveedores, terceras personas o entidades si lo considera necesario para evaluar correctamente los argumentos de la apelación.

En caso de que su apelación esté relacionada con el pago de un producto o servicio médico o medicamento ya recibido (vía reembolso), el Departamento de Apelaciones de EVER® revisará detalladamente los argumentos e información remitida y notificará su decisión por escrito al Asegurado en un plazo máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de presentación de la apelación junto a toda la documentación pertinente.

■ ARBITRAJE VINCULANTE DE TODAS LAS CONTROVERSIAS

Todas y cada una de las disputas, reclamaciones y controversias que surjan de esta Póliza y del Certificado de Seguro, o que estén relacionadas con ellos, deberán someterse a un arbitraje vinculante en el condado de Miami-Dade, Florida, y deberán realizarse en el idioma inglés.

El arbitraje se regirá por la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. 1-16, 201-208 y 301-307, con exclusión de las leyes estatales incompatibles con la misma o que produzcan un resultado diferente, y la sentencia sobre el laudo

dictado por el árbitro podrá ser presentada por cualquier tribunal que tenga jurisdicción sobre la misma. Las leyes del estado de Florida se considerarán la ley dominante y aplicable en virtud de esta Póliza y del Certificado de Seguro, con la excepción del Código de Seguros de Florida codificado en los Capítulos 624-632, 634, 635, 636, 641, 642, 648 y 651 de los Estatutos de Florida, y de todas y cada una de las normativas federales, incluida, sin limitación, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible, que están específicamente excluidas de toda aplicabilidad a esta Póliza y al Certificado de Seguro.

[www.
ever
insurance
global
.com](http://www.everinsuranceglobal.com)



COMUNÍCATE CON NOSOTROS

LLAMADA A COBRO REVERTIDO EE. UU.:
+1 305 800 EVER (3837)

LLAMADA GRATUITA EE. UU.:
+1 866 800 EVER (3837)

BOLIVIA: 800 10 0515 • BRASIL: +55 11 2394 7817
EL SALVADOR: +503 2113 9066 • MÉXICO: +52 55 4169 6572
PERÚ: +51 1 700 9758 • VENEZUELA: +58 212 335 7542 | +58 212 335 7543

