





Tabla de **contenidos**

3

Acuerdo de
Aseguramiento

3

Elegibilidad

4

Reglas, Términos
y Definiciones

18

Administración
de la Póliza

23

Arbitraje Vinculante
de todos los Litigios

25

Exclusiones

Acuerdo de Aseguramiento

Best Meridian International Insurance Company, I.I. (en adelante denominada “La Aseguradora”) acuerda proporcionar al Titular de la Póliza y/o a los Dependientes Asegurados los beneficios descritos en esta Póliza, sujetos y de conformidad con todos los términos, condiciones, definiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones aplicables contenidos en la misma y en el Cuadro de Beneficios.

Esta Póliza incluye la Solicitud de Seguro, el Certificado de Seguro, Cuadro de Beneficios correspondiente este documento y cualquier Enmienda emitida con posterioridad. En conjunto, dichos documentos constituyen el contrato de seguro completo y exclusivo entre las partes.

Esta Póliza ha sido redactada en idioma inglés. Cualquier traducción a otro idioma se proporciona únicamente para conveniencia del Asegurado. En caso de existir alguna discrepancia, conflicto o diferencia de interpretación entre la versión en inglés y cualquier traducción, prevalecerá la versión en inglés, considerándose ésta como el texto oficial y legalmente vinculante.

La presente Póliza ha sido emitida en base a las declaraciones proporcionadas de buena fe por el Titular de la Póliza y/o los Dependientes Asegurados en la Solicitud, la cual forma parte integral de esta Póliza. El Titular de la Póliza y/o los Dependientes Asegurados tienen el deber absoluto de asegurar que toda la información revelada sea veraz, correcta, completa y no engañosa a la Fecha Original de Inicio de Vigencia.

La Parte Contratante tiene derecho a examinar esta Póliza y podrá devolverla dentro de los diez (10) días calendario siguientes a su recepción si no está conforme con la cobertura ofrecida. Si la Póliza se devuelve dentro de este período, se considerará nula como si nunca hubiera sido emitida. La Aseguradora reembolsará todas las primas pagadas, menos los gastos administrativos aplicables.

Si la Póliza no se devuelve dentro del período de diez (10) días, cualquier solicitud posterior de reembolso se manejará de acuerdo con las disposiciones establecidas bajo “Reembolsos”.

El Titular de la Póliza y/o los Dependientes Asegurados tienen además la obligación de notificar a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de esta Póliza si alguna información contenida en la misma o en la Solicitud es incorrecta, incompleta, ha cambiado materialmente o ha sido omitida.

Cualquier información falsa, inexacta, incompleta, omitida, encubierta, engañosa o que induzca a error, proporcionada en la Solicitud o durante el proceso de evaluación del riesgo, ya sea intencional o inadvertidamente, que afecte o pueda afectar la valoración del riesgo, o que resulte en un posible aumento del mismo, facultará a la Aseguradora, a su discreción, a rescindir, cancelar o modificar esta Póliza. En tales casos, la Aseguradora no tendrá responsabilidad alguna por el pago de beneficios bajo esta Póliza.

Elegibilidad

Requisitos Generales

- La cobertura está disponible para personas que residan en América Latina o el Caribe.
- La edad mínima para inscripción es de dieciocho (18) años, excepto en el caso de Dependientes elegibles del Titular de la Póliza.
- La edad máxima para inscripción es de setenta y cuatro (74) años.
- Los solicitantes de sesenta y cinco (65) años o más deberán presentar información médica adicional y podrán ser requeridos a someterse a un examen médico.
- No existe una edad máxima para la renovación de la Póliza, siempre que las primas continúen pagándose.
- Las primas deben ser pagadas.

Dependientes

Los Dependientes elegibles incluyen a los siguientes familiares del Titular de la Póliza:

- Cónyuge legalmente casado, concubino(a) o pareja de hecho, siempre que tenga al menos dieciocho (18) años y no más de setenta y cuatro (74) años al momento de la inscripción.
- Hijos biológicos, legalmente adoptados, hijastros o menores de edad para los cuales el Titular de la Póliza haya sido designado tutor legal.

Los Dependientes son elegibles hasta los siguientes límites:

- Los hijos solteros que residan con el Titular de la Póliza podrán permanecer como Dependientes hasta cumplir treinta (30) años de edad.

- Los hijos solteros que estudien fuera de su País de Residencia a tiempo completo seguirán siendo elegibles como Dependientes desde los dieciocho (18) hasta los veinticuatro (24) años de edad, sujeto a la presentación de una prueba satisfactoria de estudios a tiempo completo, según lo solicite la Aseguradora.
- Si un Dependiente permanece fuera de su País de Residencia por más de ciento ochenta (180) días, la cobertura de dicho Dependiente se cancelará automáticamente, salvo que la Aseguradora lo apruebe por escrito. En tal caso, podrá requerirse una Póliza independiente, y las primas podrán ajustarse en consecuencia.

En caso de que un hijo Dependiente contraiga matrimonio, deje de ser estudiante a tiempo completo, o que un cónyuge o pareja Dependiente deje de convivir con el Titular por separación, divorcio o anulación, la cobertura finalizará al término del Año de Póliza.

Hijos Recién Nacidos

- Los hijos recién nacidos de una Maternidad cubierta bajo esta Póliza quedarán automáticamente cubiertos si se presenta ante la Aseguradora el Formulario de Adición y/o el Certificado de Nacimiento, junto con el pago de la prima, dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de nacimiento.
- Si la documentación y el pago requeridos no se reciben dentro de los noventa (90) días, se requerirá una nueva solicitud, la cual estará sujeta al proceso de evaluación del riesgo (suscripción).

Continuación de la Cobertura para Dependientes

Cuando un Dependiente deje de cumplir los requisitos de elegibilidad bajo esta Póliza, podrá obtener cobertura individual sin evaluación médica, presentando una solicitud dentro del Período de Gracia, sujeta al mismo Deducible o uno superior y a las condiciones/restricciones de la Póliza anterior.

Reglas, Términos y Definiciones

Accidente

Significa todo evento inesperado, violento, imprevisto e involuntario ocurrido durante el período del Año de Póliza, producido exclusivamente por una causa externa y completamente fuera del control del Asegurado, que resulte en una Lesión corporal o trauma. Dicho evento deberá generar la necesidad de atención médica inmediata.

Deducible Adicional

Significa que, durante el proceso de evaluación del riesgo (suscripción), la Aseguradora podrá imponer un Deducible Adicional para una condición médica específica. El Deducible Adicional representa un monto adicional a cargo del Asegurado que debe ser pagado antes de que la Aseguradora asuma responsabilidad por los gastos cubiertos relacionados con dicha condición médica. Cualquier Deducible de este tipo deberá estar expresamente indicado en el suplemento de Condiciones Preexistentes, si corresponde, el cual forma parte del Certificado de Seguro.

Podrán aplicarse los siguientes tipos de Deducibles Adicionales:

- **Deducible Adicional por Año de Póliza:** Es un monto adicional que el Asegurado deberá pagar cada Año de Póliza si se presenta un reclamo relacionado con la condición médica especificada. Este Deducible Adicional se aplicará cada año de cobertura y se mantendrá en un acumulador independiente del Deducible Anual de la Póliza. El Deducible Anual deberá satisfacerse antes de que aplique el Deducible Adicional por Año de Póliza, y ambos deberán cumplirse de manera independiente si la condición médica especificada es la causa del reclamo.
- **Deducible Adicional por la Vida de la Póliza:** Es un monto adicional que el Asegurado deberá pagar una sola vez durante toda la duración de la Póliza si se presenta un reclamo relacionado con la condición médica especificada. Este Deducible solo aplicará si se presenta un reclamo vinculado a la condición cubierta. El Deducible Anual deberá satisfacerse primero antes de aplicar el Deducible Adicional. Una vez cumplido el Deducible Anual, el Asegurado deberá cubrir el Deducible Adicional correspondiente a la condición especificada. Este Deducible continuará acumulándose hasta que el monto total haya sido completamente satisfecho. Una vez cumplido en su totalidad, el Deducible Adicional quedará eliminado de forma permanente por el resto de la vigencia de la Póliza. A partir de entonces, únicamente aplicará el Deducible Anual, y la Aseguradora cubrirá la condición médica especificada conforme a los términos de la Póliza.

Cualquier Deducible Adicional impuesto por la Aseguradora estará claramente indicado en el Certificado de Seguro y comunicado al Asegurado antes de la fecha de entrada en vigor de la Póliza. Cada Deducible Adicional operará de forma independiente del Deducible Anual y no se aplicará retroactivamente ni a ninguna condición que no esté expresamente identificada en el Certificado de Seguro. La determinación de si aplica un Deducible Adicional, así como el monto correspondiente, será realizada a discreción exclusiva de la Aseguradora, con base en consideraciones de suscripción. La aceptación de un reclamo por parte de la Aseguradora sin la aplicación de un Deducible Adicional no constituirá una renuncia a su derecho de aplicarlo en reclamos futuros por la misma condición. La cobertura para una condición específica aplicará únicamente una vez que todos los deducibles correspondientes hayan sido completamente satisfechos.

Agente o Agencia

Significa la persona natural o jurídica que presta servicios administrativos a los Asegurados, incluyendo la asesoría a los clientes sobre los productos de seguro disponibles, la asistencia en el llenado de formularios, la facilitación en la presentación de documentación, la actuación como enlace entre la Aseguradora y el cliente, la promoción de ventas y el apoyo al momento de un reclamo. El Agente podrá, para efectos de dichas funciones administrativas, tener acceso a la información médica y de salud del Asegurado, la cual podrá ser compartida con la Aseguradora o sus afiliadas, sujeto a las leyes de protección de datos aplicables. Los Agentes operan de manera independiente y no son empleados, representantes ni agentes legales de la Aseguradora. No tienen autoridad para obligar a la Aseguradora, ni para modificar, enmendar o renunciar a los términos o condiciones de la Póliza. Cualquier asesoría, asistencia o información proporcionada por un Agente se ofrece únicamente para la conveniencia del Asegurado y no deberá interpretarse como una modificación de la Póliza ni como un compromiso de la Aseguradora.

Tratamiento de SIDA y/o VIH

Significa los servicios, tratamientos, procedimientos y costos relacionados médicamente necesarios que se brinden al Asegurado como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La cobertura aplicará únicamente cuando el Asegurado haya contraído la condición después de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, sujeta a un Período de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de dicha fecha, y sujeto al límite máximo vitalicio especificado en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio solo estará disponible si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora.

No se otorgará cobertura bajo este beneficio en las siguientes circunstancias:

- Cuando la infección por VIH o el SIDA estén directa o indirectamente relacionados con, o deriven del uso de drogas ilícitas;
- Cuando el Asegurado reciba, se le administre o se auto-administre cualquier medicamento o droga experimental, o se someta a un tratamiento, procedimiento o protocolo experimental o en investigación;
- Cuando se hayan detectado anticuerpos contra el VIH (seropositividad) o evidencia de infección con el virus del SIDA antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

La cobertura por Tratamiento de SIDA y/o VIH aplicará únicamente cuando este beneficio esté indicado en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

Alzheimer

Significa el tratamiento médicamente necesario directamente relacionado con la enfermedad de Alzheimer y sus complicaciones, según el límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. Los Medicamentos Recetados administrados fuera del Hospital y relacionados con el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer estarán cubiertos conforme a lo establecido en la disposición de Medicamentos Recetados, sujetos al límite máximo indicado en el **Cuadro de Beneficios**.

Este beneficio no cubre los gastos relacionados con terapia recreativa, Cuidado de Custodia, Servicios de Enfermería Domiciliaria, tratamiento en un centro de cuidados prolongados, ni los costos asociados con pañales, suplementos dietéticos o cremas para el cuidado de la piel.

Deducible Anual

Significa el monto de los gastos elegibles y cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado durante el Año de Póliza antes de que los beneficios sean pagaderos conforme a esta Póliza.

Solicitud

Significa la declaración escrita, en el formato provisto por la Aseguradora, completada y firmada por el Titular de la Póliza, el Asegurado propuesto y/o sus Dependientes. La Solicitud incluye todas las respuestas, declaraciones, cuestionarios, formularios de historial médico, exámenes médicos y cualquier otro documento, información o material presentado a o requerido por la Aseguradora en relación con la evaluación del riesgo. Toda esta información formará parte de la Solicitud y del contrato una vez aprobada. La Aseguradora utiliza la Solicitud para determinar la asegurabilidad, aceptación del riesgo, modificación de la cobertura o rechazo del riesgo. La aceptación de la Solicitud está sujeta al proceso de evaluación del riesgo (suscripción) por parte de la Aseguradora y no está garantizada.

Autismo

Significa los tratamientos médicamente necesarios relacionados con el Autismo, incluyendo terapias y Medicamentos Recetados, sujetos al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio solo estará disponible si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora. Este beneficio no cubre los gastos relacionados con terapia recreativa ni con Cuidado de Custodia.

Cirugía Bariátrica

Significa los procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios para la pérdida de peso, incluyendo cualquier tratamiento posterior a la cirugía, así como las complicaciones o consecuencias derivadas del procedimiento, sujetos a las siguientes condiciones:

- Sujeto al límite máximo vitalicio especificado en el Cuadro de Beneficios.
- El procedimiento deberá considerarse Médicamente Necesario, conforme a la definición establecida en esta Póliza.
- Este beneficio estará disponible únicamente para los Asegurados que hayan mantenido cobertura continua bajo esta Póliza durante al menos veinticuatro (24) meses. Si el Asegurado cambia a un plan donde el beneficio por cirugía bariátrica sea superior, prevalecerá el monto inferior disponible bajo el plan anterior por un período de veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de aprobación del cambio.
- El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora tan pronto sea diagnosticado o califique como candidato para el procedimiento.
- Este beneficio solo estará disponible si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora.

La cobertura por Cirugía Bariátrica aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

Circuncisión del Recién Nacido

Significa la extracción quirúrgica del prepucio, el tejido que cubre la cabeza del pene. Este beneficio estará cubierto sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios y solo estará disponible cuando la Maternidad esté cubierta bajo esta Póliza y el procedimiento se realice dentro de los primeros treinta (30) días posteriores al nacimiento.

La cobertura por Circuncisión del Recién Nacido aplicará únicamente cuando este beneficio esté indicado en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

Implante Coclear

Significa un dispositivo médico electrónico implantado quirúrgicamente que proporciona una percepción del sonido a una persona con pérdida auditiva neurosensorial severa o profunda, mediante la estimulación directa del nervio auditivo.

La cobertura por Implante Coclear aplicará únicamente cuando este beneficio esté indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios y solo estará disponible cuando sea considerado médicamente necesario y preaprobado por la Aseguradora o su administrador autorizado, sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. La cobertura no se extiende a componentes externos, accesorios o piezas de reemplazo, salvo que estén expresamente incluidos en el Cuadro de Beneficios.

Terapias Complementarias

Significa los Gastos Cubiertos por los tratamientos y consultas de acupuntura, servicios quiroprácticos, medicina osteopática y consultas psiquiátricas o psicológicas. Cualquier tratamiento que no se encuentre expresamente indicado en esta sección queda excluido de cobertura bajo este beneficio.

Para los efectos de esta Póliza:

Acupuntura: Se refiere a la técnica terapéutica mediante la cual un profesional debidamente capacitado y con licencia inserta agujas finas en puntos específicos del cuerpo con el fin de prevenir o tratar condiciones médicas, aliviar el dolor o promover el bienestar general.

Servicios Quiroprácticos: Se refiere a la terapia proporcionada por un quiropráctico licenciado para condiciones cubiertas bajo esta Póliza.

Medicina Osteopática: Se refiere a los servicios enfocados en diagnosticar, tratar y prevenir condiciones de salud mediante técnicas manuales que enfatizan el sistema musculoesquelético y su relación con la salud integral, para condiciones cubiertas bajo esta Póliza.

Consultas Psiquiátricas o Psicológicas: Se refiere a evaluaciones profesionales, valoraciones o sesiones de terapia brindadas por un psiquiatra o psicólogo licenciado. Las consultas están limitadas a visitas ambulatorias prescritas por el Médico tratante y proporcionadas por un psiquiatra o psicólogo con licencia.

Para ser elegible a la cobertura bajo este beneficio:

- La condición que se esté tratando debe haberse manifestado por primera vez después de la Fecha Original de Inicio; y
- El tratamiento debe ser realizado por un profesional debidamente licenciado en el país donde se proporciona la consulta y/o tratamiento.

No se cubren otros servicios, incluyendo tratamiento hospitalario o medicamentos recetados, bajo este beneficio.

Las Terapias Complementarias aplicarán únicamente cuando este beneficio se encuentre expresamente listado en la correspondiente Tabla de Beneficios y estarán limitadas al monto máximo especificado en la misma.

Enfermedades o Trastornos Congénitos y/o Genéticos

Se refieren a toda anomalía estructural o funcional presente al nacimiento o causada por alteraciones en el genoma de una persona.

Estas pueden resultar de:

- Alteraciones anatómicas durante el desarrollo intrauterino,
- Complicaciones durante el parto o alumbramiento, o
- Variaciones hereditarias o genéticas, ya sean heredadas de los padres o que surjan de manera espontánea debido a factores ambientales u otros.

Dichas condiciones pueden incluir, entre otras, anomalías de órganos, extremidades o sistemas corporales.

Este beneficio estará cubierto sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. En cualquier edad, este beneficio excluye las condiciones resultantes o derivadas de tratamientos de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de fertilización asistida.

Parte Contratante

Significa la persona natural o jurídica que celebra este contrato con la Aseguradora, asumiendo las obligaciones legales y financieras derivadas del mismo, incluyendo la responsabilidad por el pago de las primas y el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza. La Parte Contratante es la contraparte legal de la Aseguradora y la persona o entidad con la cual esta mantiene la relación contractual. La Parte Contratante no adquiere automáticamente ningún derecho de cobertura o beneficio de seguro bajo esta Póliza, a menos que también sea designada como Asegurado. La Parte Contratante puede o no ser el Titular de la Póliza.

Reconstrucción Cosmética de Mamas

Significa la reparación estética de una o ambas mamas, total o parcial, por razones no médicas, incluyendo el tratamiento de cualquier complicación relacionada. Este beneficio está sujeto al límite máximo vitalicio especificado en el Cuadro de Beneficios, siempre que el Asegurado haya mantenido cobertura continua bajo esta Póliza durante al menos veinticuatro (24) meses. Este beneficio está disponible únicamente para el Titular de la Póliza o su cónyuge, y no está disponible para otros Dependientes cubiertos bajo esta Póliza. La reconstrucción mamaria médicamente necesaria a causa de un Accidente, cáncer o hipertrofia mamaria estará cubierta como cualquier otra Enfermedad, sujeta a las Reglas, Términos y Definiciones de esta Póliza.

La cobertura por Reconstrucción Cosmética de Mamas aplicará únicamente cuando este beneficio esté indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

País de Residencia

Significa el país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier Año de Póliza o en el cual haya residido más de ciento ochenta (180) días acumulativos durante un período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza esté en vigor. El Asegurado tendrá derecho únicamente a un (1) País de Residencia en un mismo momento bajo la Póliza. Para los efectos de esta Póliza, el País de Residencia será aquel declarado por el Titular de la Póliza en el momento de la Solicitud, salvo que posteriormente sea modificado de conformidad con las disposiciones aquí establecidas.

Moneda

Significa el Dólar de los Estados Unidos de América (US\$), el cual aplicará a todos los beneficios, primas y montos establecidos en esta Póliza, salvo que se indique expresamente lo contrario.

Cuidado de Custodia

Significa la atención que se brinda principalmente para asistir a una persona en las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse, alimentarse, usar el baño o trasladarse), o la atención que puede ser proporcionada de manera segura y adecuada por personas sin formación médica o de enfermería profesional. El Cuidado de Custodia incluye la atención a largo plazo o de mantenimiento destinada a satisfacer necesidades personales, más que a proporcionar tratamiento médico, y no se considera atención especializada ni Medicamento Necesaria, aun cuando sea prescrita o supervisada por un Médico. El Cuidado de Custodia puede brindarse en cualquier entorno, incluyendo hospitales, centros de enfermería o el hogar.

Dependiente

Significa el cónyuge legalmente casado, concubino(a) o pareja de hecho del Titular de la Póliza (excluyendo aquellos legalmente separados), así como los hijos solteros biológicos, hijastros o legalmente adoptados, o los menores bajo tutela legal del Titular de la Póliza, que estén identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se otorga cobertura bajo esta Póliza.

Servicios de Diagnósticos

Se refieren a los procedimientos, estudios por imágenes y análisis de laboratorio médicamente necesarios realizados para diagnosticar, monitorear o tratar una condición médica, cuando sean prescritos por un Médico tratante.

Estos servicios incluyen, entre otros:

- Pruebas de laboratorio y patología;
- Procedimientos radiográficos y de diagnóstico por imágenes, tales como rayos X, ultrasonido, resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET);
- Procedimientos diagnósticos especializados como endoscopia, cistoscopia y pruebas de esfuerzo; y
- Procedimientos de medicina nuclear.

Este beneficio estará cubierto sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Fecha de Vencimiento

Significa la fecha en la cual cualquier prima o fracción de prima vence y debe ser pagada para el período de cobertura correspondiente bajo esta Póliza.

Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos

Se refieren a los artículos prescritos por un Médico autorizado que sean Médicamente Necesarios y razonables para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para mejorar la función de una parte del cuerpo malformada o afectada. El equipo se considerará necesario cuando se espere que contribuya de manera significativa al tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o a la mejora funcional de una parte del cuerpo malformada. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aparatos prescritos por un Médico para corregir malfunciones o reemplazar total o parcialmente un órgano corporal como resultado de una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para los efectos de esta Póliza:

- **Equipos Médicos Duraderos:** Se refiere a aquellos equipos que proporcionan beneficios terapéuticos debido a una condición médica, Enfermedad o Lesión; que cumplen una función médica; pueden resistir un uso repetido o prolongado; y no resultan útiles para una persona en ausencia de dicha condición. Ejemplos incluyen, entre otros, sillas de ruedas manuales, camas de hospital, muletas y andadores.
- **Prótesis y Dispositivos Ortopédicos:** Se refiere a los dispositivos prescritos por un Médico para corregir malfunciones o reemplazar total o parcialmente un órgano corporal, o para apoyar o restaurar la función de una parte del cuerpo como resultado de una Enfermedad o Lesión cubierta.

Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos solo estarán disponibles si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora, y estarán sujetos al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Emergencia

Significa una Enfermedad o Accidente súbito, grave e imprevisto cubierto por la Póliza, que se manifiesta con signos o síntomas agudos que ponen en peligro la vida o la integridad física del Asegurado, y que requiere atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida o un daño corporal grave. Para los efectos de esta definición, una condición se considerará una Emergencia si la atención médica es razonablemente requerida dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su aparición.

Cesárea de Emergencia

Significa el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto es extraído a través de una incisión en la pared abdominal y uterina de la madre, que debe realizarse de manera inmediata debido a complicaciones súbitas e imprevistas del embarazo, trabajo de parto o parto que pongan en grave riesgo la vida o la salud de la madre o del feto. El procedimiento deberá estar certificado por escrito por el obstetra tratante como Médicamente Necesario en carácter de emergencia. Esta definición excluye las cesáreas electivas o programadas, incluyendo las cesáreas repetidas realizadas en ausencia de una emergencia aguda.

Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de un Accidente

Significa el tratamiento necesario para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos que hayan sido perdidos o dañados como resultado directo de un Accidente cubierto. El tratamiento deberá realizarse dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha del Accidente.

Tratamiento Médico de Emergencia

Significa que, si la Póliza está sujeta a una Red de Proveedores en los Estados Unidos de América, el Tratamiento Médico de Emergencia estará cubierto fuera de dicha Red únicamente en los casos en que dicho tratamiento sea necesario para evitar la pérdida de la vida o una Lesión grave. Los gastos cubiertos relacionados con una hospitalización de emergencia fuera de la Red de Proveedores en los Estados Unidos serán pagados hasta el monto máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. El Asegurado será responsable del porcentaje aplicable, según lo indicado en el Cuadro de Beneficios, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos que excedan dicho límite máximo.

Si el tratamiento no califica como una Emergencia según la definición establecida en esta Póliza, el Asegurado será responsable del porcentaje aplicable, conforme a lo indicado en el Cuadro de Beneficios, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos incurridos fuera de la Red de Proveedores en los Estados Unidos.

Miembro de la Familia

Significa el cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo, nieto, suegro, suegra, tía o tío del Asegurado.

Aparato Auditivo

Significa un dispositivo médico prescrito por un Médico para amplificar el sonido en casos de pérdida auditiva. La cobertura se limita a dispositivos externos no implantados quirúrgicamente y está sujeta al límite máximo vitalicio especificado en el **Cuadro de Beneficios**, siempre que el Asegurado haya mantenido cobertura continua bajo esta Póliza durante al menos doce (12) meses.

Visita Médica Domiciliaria

Significa los servicios médicos proporcionados en el hogar del Asegurado por un Médico debidamente licenciado, sujetos al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

La cobertura incluye:

- Atención médica en el hogar del Asegurado para condiciones que no sean graves, pero que requieran atención médica.
- Atención médica domiciliaria cuando el Asegurado no pueda asistir a una cita médica directamente relacionada con una Enfermedad o Lesión cubierta por la cual esté recibiendo tratamiento bajo esta Póliza.
- Atención médica de emergencia en el hogar, incluyendo la estabilización o resolución del cuadro de salud en el lugar, siempre que sea posible, en casos de emergencia médica o Enfermedad aguda derivada de la atención médica domiciliaria.

Este beneficio solo estará disponible si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora.

No estarán cubiertos bajo el beneficio de Visita Médica Domiciliaria los siguientes servicios: colocación de sueros, administración de antibióticos, atención de pacientes encamados, cambio de catéteres de cualquier tipo, tratamientos crónicos de diálisis médica, quimioterapia, radioterapia, rehabilitación u otros tratamientos crónicos, excepto cuando sean requeridos de forma inmediata como parte de la atención de emergencia derivada de la atención médica domiciliaria.

Enfermería Domiciliaria

Significa los servicios médicamente necesarios proporcionados en la residencia del Asegurado por un enfermero(a) con licencia emitida por la autoridad competente, cuando sean prescritos por un Médico tratante en relación con una Enfermedad o Lesión cubierta, y cuando dicha atención se considere apropiada como alternativa a la hospitalización.

El Médico tratante deberá presentar un plan de tratamiento que justifique la necesidad médica de los servicios y especifique la duración y el alcance previstos de la atención. La Aseguradora se reserva el derecho de evaluar y ajustar el período de atención aprobado en casos de tratamiento prolongado.

Este beneficio está sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios y solo estará disponible si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora.

El Cuidado de Custodia, según la definición establecida en esta Póliza, queda expresamente excluido de la cobertura bajo este beneficio.

Hospicio o Cuidados Terminales

Significa una forma especializada de atención para pacientes con un diagnóstico terminal y una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, certificada por el Médico tratante y confirmada por la Aseguradora.

La elegibilidad para este beneficio surge cuando:

- El Médico tratante y el director Médico del hospicio determinan que el Asegurado tiene un diagnóstico terminal y una expectativa de vida de seis (6) meses o menos; y
- El tratamiento curativo o más agresivo ya no está disponible, no es médicamente recomendable o ha sido rechazado por el Asegurado.

La cobertura por Hospicio o Cuidados Terminales aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

Todos los servicios deberán estar respaldados por un plan de tratamiento presentado por el Médico tratante y solo estarán disponibles si los servicios son coordinados y preaprobados por la Aseguradora.

Los hogares de ancianos, casas de Cuidados Prolongados o los servicios de Enfermería Domiciliaria no están incluidos bajo este beneficio.

Hospital

Significa toda institución que esté legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opere y que:

- Se dedique principalmente a brindar servicios médicos y de diagnóstico para el tratamiento y cuidado de personas enfermas o lesionadas, incluyendo instalaciones para diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico;
- Opere bajo la supervisión constante de uno o más Médicos debidamente licenciados; y
- Proporcione servicios de enfermería continua a cargo de enfermeros(as) registrados(as).

Para los efectos de esta Póliza, el término Hospital no incluye un spa, clínica hidroterápica, sanatorio, institución de rehabilitación, hogar de enfermería, hogar para ancianos, lugar de reposo o convalecencia, ni ninguna institución cuyo propósito principal sea la atención o el cuidado a largo plazo.

Gastos de Habitación Hospitalaria para Acompañante Adulto del Asegurado Hospitalizado

Significan los cargos incluidos en la factura del Hospital por el alojamiento nocturno dentro del Hospital para el acompañante adulto de un Asegurado hospitalizado. **Este beneficio está sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.**

Servicios Hospitalarios

Significan los servicios médicos y de diagnóstico proporcionados a un Asegurado admitido como paciente registrado en un Hospital, según la definición establecida en esta Póliza, cuando dichos servicios no estén disponibles como Servicios Ambulatorios.

La cobertura aplica cuando:

- El Asegurado es admitido por un período continuo no menor de veinticuatro (24) horas; o
- La admisión corresponde a una cirugía programada que requiera menos de veinticuatro (24) horas.

Los Servicios Hospitalarios incluyen, entre otros:

- Cargos por habitación y alimentación (en acomodación estándar o semiprivada);
- Comidas;
- Uso de todas las instalaciones médicas del Hospital;
- Todos los tratamientos, procedimientos y servicios médicos prescritos por un Médico, incluyendo servicios de unidad de cuidados intensivos cuando sean Médicamente Necesarios; y
- Suministros hospitalarios generales proporcionados habitualmente durante la atención hospitalaria.

Enfermedad

Significa toda condición anormal, trastorno o Enfermedad del cuerpo que se manifieste inicialmente a través de signos, síntomas o hallazgos anormales en exámenes médicos. Una Enfermedad puede originarse por causas internas o externas y debe requerir atención médica, tratamiento o intervención quirúrgica para restaurar o mantener la salud.

Enfermedades Infecciosas

Significa las condiciones clínicas causadas por microorganismos patógenos, incluyendo virus, bacterias, hongos o parásitos, que pueden transmitirse de una persona a otra, directa o indirectamente.

Lesión

Significa el daño corporal sufrido por el Asegurado como resultado directo de un Accidente cubierto, causado por un evento externo y ocurrido dentro del período del Año de Póliza.

Asegurado

Significa toda persona para la cual se haya completado debidamente una Solicitud de cobertura, se haya pagado la prima correspondiente y la cobertura haya sido aceptada y confirmada por la Aseguradora bajo una Póliza activa. El término "Asegurado" incluye tanto al Titular de la Póliza como a los Dependientes cubiertos bajo la misma, según lo definido en este documento.

Representante Legal

Significa la persona legalmente autorizada para actuar en nombre del Asegurado en caso de que este se encuentre incapacitado o haya fallecido. El Representante Legal tendrá el derecho de ejercer cualquiera de los derechos y cumplir con las obligaciones del Asegurado establecidas en esta Póliza.

Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza se efectuarán directamente al Asegurado, a su Representante Legal, o a los proveedores de servicios médicos debidamente autorizados, según corresponda.

Servicio Local de Ambulancia Terrestre

Significa el transporte de emergencia Médicamente Necesario del Asegurado en una ambulancia terrestre debidamente autorizada, hacia el Hospital más cercano que esté capacitado para brindar el tratamiento adecuado.

La cobertura aplica únicamente en casos de Emergencia, según la definición establecida en esta Póliza.

Maternidad

Elegibilidad y Período de Espera:

- La cobertura aplica únicamente cuando la fecha probable de parto sea al menos diez (10) meses después de la Fecha Original de Inicio de Vigencia de la cobertura para la Asegurada correspondiente.
- El Período de Espera de diez (10) meses para Maternidad aplica en todos los casos, independientemente de que se haya eximido el Período de Espera general de treinta (30) días de la Póliza.

Alcance de la Cobertura:

- Los gastos de Maternidad cubiertos incluyen parto normal, cesárea electiva, atención prenatal y posnatal, y atención rutinaria del recién nacido, sujetos al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.
- Las cesáreas de emergencia, según lo definido en esta Póliza, se consideran Complicaciones de Maternidad y estarán cubiertas conforme a las disposiciones establecidas bajo "Complicaciones de Maternidad", siempre que se haya cumplido el Período de Espera de diez (10) meses.
- La cobertura está sujeta a las opciones de Deducible y al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Dependientes y Parejas de Hecho:

- Las hijas Dependientes serán elegibles para los beneficios de Maternidad únicamente si han estado aseguradas bajo la Póliza por al menos diez (10) meses.
- Si una hija Dependiente asegurada por más de diez (10) meses bajo la Póliza de sus padres solicita su propia Póliza al momento de la renovación, el Período de Espera de Maternidad será exonerado, siempre que mantenga beneficios equivalentes de Maternidad.
- Dentro de los noventa (90) días posteriores al nacimiento del recién nacido, la hija Dependiente deberá obtener su propia Póliza individual, la cual será emitida bajo las mismas condiciones de la Póliza de los padres, permitiendo la inclusión del recién nacido sin evaluación médica.
- En el caso de parejas del mismo sexo o mujeres casadas aseguradas bajo la misma Póliza, solo se podrá reclamar un (1) beneficio de Maternidad durante el mismo Año de Póliza. Ambas Aseguradas deberán cumplir con los requisitos de elegibilidad bajo esta Póliza para acceder a los beneficios de Maternidad y Complicaciones de Maternidad.

No se otorgará cobertura bajo este beneficio en las siguientes circunstancias:

- El beneficio de Maternidad no estará disponible cuando sea expresamente excluido por cualquier otra disposición de esta Póliza.
- El beneficio no aplica para Asegurados masculinos ni para madres sustitutas (vientres de alquiler).
- Las maternidades resultantes de tratamientos de infertilidad o reproducción asistida que culminen en un parto antes de las treinta y dos (32) semanas de gestación no estarán cubiertas bajo esta Póliza.

Complicaciones de Maternidad

Se refieren a un curso anormal del embarazo o del período posparto que impide que la madre tenga un parto normal bajo atención médica regular y que requiere intervención médica.

Los ejemplos de complicaciones de maternidad cubiertas incluyen, entre otros:

- Cesárea de emergencia;
- Embarazo ectópico;
- Aborto espontáneo;
- Placenta previa;
- Desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae);
- Preeclampsia o eclampsia que requiera hospitalización;
- Hemorragia posparto severa;
- Hiperémesis gravídica que requiera hospitalización;
- Diabetes gestacional que requiera hospitalización;
- Otras complicaciones agudas del embarazo que sean certificadas médicamente como potencialmente mortales para la madre y/o el feto.

El reposo en cama prescrito por un Médico que no requiera hospitalización, así como los síntomas comunes o tradicionales del embarazo (tales como náuseas matutinas, anemia leve o malestares normales), no se consideran Complicaciones de Maternidad.

Las maternidades que no califiquen como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo del beneficio de Maternidad especificado en el Cuadro de Beneficios.

Las Complicaciones de Maternidad solo estarán cubiertas cuando la Maternidad en sí esté cubierta bajo esta Póliza y estarán sujetas al límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.

No se otorgará cobertura bajo este beneficio en las siguientes circunstancias:

- Las cesáreas electivas o las cesáreas realizadas por antecedentes de cesárea previa no se considerarán Complicaciones de Maternidad;
- Las visitas relacionadas con embarazos de alto riesgo, en los cuales no exista una Complicación de Maternidad según la definición establecida en esta Póliza. Estas se considerarán parte del beneficio de Maternidad estándar y estarán sujetas a las mismas limitaciones y máximos especificados en el Cuadro de Beneficios;
- Complicaciones derivadas de condiciones excluidas o no cubiertas bajo esta Póliza;
- Embarazos o partos resultantes de tratamientos de infertilidad o de Técnicas de Reproducción Asistida; o
- Embarazos cuyo parto ocurra dentro del Período de Espera de diez (10) meses para Maternidad.

Medicamento Necesario

Se refiere a todo tratamiento, servicio, procedimiento, suministro, equipo, medicamento recetado o admisión hospitalaria que cumpla con los siguientes criterios:

- Sea esencial y apropiado para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubierta;
- Haya sido ordenado por un Médico debidamente licenciado;
- Se brinde en el nivel de servicio, duración e intensidad más apropiados para atender de forma segura y adecuada la condición del Asegurado;
- No tenga como propósito principal la conveniencia del Asegurado, de su familia, del Médico tratante o del proveedor; y
- No sea experimental, de investigación o no comprobado, y haya recibido cualquier autorización requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

La determinación de si un servicio o tratamiento es Medicamento Necesario será realizada por la Aseguradora o su administrador autorizado, con base en los estándares médicos generalmente aceptados y en los criterios internos de revisión. Los servicios que sean principalmente preventivos, de naturaleza custodial, de comodidad, conveniencia, preferencia personal o mejora estética, o que constituyan mejoras no esenciales, no se considerarán Medicamento Necesarios, aun cuando sean prescritos o realizados por un Médico.

Complicaciones del Recién Nacido

Significa el tratamiento de una Enfermedad, Lesión o complicación diagnosticada o que se haya manifestado in útero, al nacimiento o durante los primeros noventa (90) días de vida.

La cobertura por Complicaciones del Recién Nacido estará sujeta a que la Maternidad esté cubierta bajo esta Póliza y al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Notificación

Es el proceso mediante el cual el Asegurado informa a la Aseguradora sobre la necesidad de recibir servicios médicos. El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora antes de recibir cualquier servicio médico que requiera notificación o preaprobación.

La notificación deberá realizarse llamando al número telefónico o enviando un correo electrónico según lo indicado en el reverso de la tarjeta de identificación del Asegurado.

Beneficio de Trasplante de Órganos

Significa los trasplantes de órganos, células o tejidos humanos médicamente necesarios, reconocidos bajo los estándares médicos vigentes y que no sean experimentales ni de investigación.

La cobertura comenzará una vez que la necesidad del trasplante haya sido determinada por un Médico calificado, certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y aprobada por la Aseguradora. Todos los procedimientos, servicios y tratamientos deberán ser coordinados y preaprobados por la Aseguradora y estarán sujetos al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios. La cobertura aplica únicamente cuando el procedimiento se realice en un proveedor acreditado dentro de la red de la Aseguradora en los Estados Unidos o por proveedores contratados fuera de los Estados Unidos.

Este beneficio incluye, entre otros:

- **Atención Previa al Trasplante:** Evaluación del Asegurado para el trasplante, estabilización y preparación para el procedimiento, así como todo tratamiento médicamente necesario previo al trasplante.
- **Evaluación Prequirúrgica:** Pruebas de laboratorio, estudios de diagnóstico por imagen (rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido), biopsias, medicamentos recetados y otros suministros necesarios.
- **Obtención del Órgano:** Costos de obtención, transporte y extracción del órgano, tejido o célula, incluyendo los gastos de resección del donante vivo hasta el máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.
- **Procedimiento de Trasplante:** Todos los honorarios hospitalarios, quirúrgicos, de anestesia y de Médicos/cirujanos.
- **Atención Posterior al Trasplante:** Cuidado de seguimiento, tratamiento de complicaciones derivadas directa o indirectamente del trasplante, atención médica domiciliaria, servicios de enfermería (por ejemplo, cuidado de heridas, infusiones, evaluaciones), transporte de emergencia, consultas en clínica o consultorio, transfusiones, medicamentos y cualquier medida terapéutica necesaria para garantizar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido trasplantado.

No se otorgará cobertura bajo este beneficio para ningún procedimiento, tratamiento o servicio relacionado con trasplantes en las siguientes circunstancias:

- No sea Médicamente Necesario;
- Sea electivo, experimental o de investigación;
- Existan procedimientos o tratamientos alternativos de eficacia equivalente;
- El trasplante involucre órganos animales o dispositivos mecánicos/artificiales destinados a reemplazar permanentemente órganos humanos; o
- El trasplante esté relacionado con procedimientos excluidos bajo esta Póliza.

La cobertura del Beneficio de Trasplante de Órganos aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

Fecha Original de Inicio de Vigencia

Significa la fecha efectiva inicial en la cual esta Póliza fue emitida por primera vez, según lo especificado en el Certificado de Seguro. No se refiere a la fecha de la Solicitud ni a ninguna fecha de renovación correspondiente a Años de Póliza posteriores.

Terapia Física y Rehabilitación Ambulatoria

Significa el tratamiento, los servicios o las terapias proporcionadas en forma ambulatoria, incluyendo terapia física, terapia del habla y rehabilitación, sujetas a las siguientes condiciones:

- Los servicios deben ser prescritos y certificados por el Médico tratante, considerados Médicamente Necesarios, y proporcionados por un profesional licenciado en el país donde se realice el tratamiento;
- Todos los servicios deberán ser coordinados y preaprobados por la Aseguradora e incluir un plan de tratamiento con la documentación médica de respaldo y una estimación de honorarios;
- La Aseguradora se reserva el derecho de realizar auditorías e inspecciones a su discreción. El Asegurado y/o sus familiares deberán cooperar plenamente con dichas auditorías o inspecciones. La falta de cooperación podrá resultar en la suspensión de este beneficio;
- La Aseguradora podrá evaluar y autorizar una extensión del tratamiento si determina que su continuación es Médicamente Necesaria.

La cobertura por Terapia Física y Rehabilitación Ambulatoria aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios y estará limitada al monto máximo especificado en el mismo.

Servicios Ambulatorios

Significa los tratamientos, procedimientos o servicios médicamente necesarios proporcionados al Asegurado por un Médico o bajo su supervisión, cuando el Asegurado no es admitido como paciente interno en un Hospital u otra instalación médica. Los Servicios Ambulatorios incluyen, entre otros, consultas médicas, pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos menores y tratamientos realizados en un Hospital, consultorio médico, clínica o sala de emergencias, siempre que dichos servicios no requieran una estancia continua superior a veintitrés (23) horas.

Incapacidad Total y Permanente

Significa una condición de incapacidad según la definición establecida en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente, si corresponde. La cobertura bajo este beneficio se limita a los Titulares de Póliza que tengan entre dieciocho (18) y cincuenta y nueve (59) años de edad, y cuya ocupación principal no sea la de ama de casa o estudiante. Este beneficio estará en todo momento sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente, y aplicará únicamente cuando esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

Médico (o Doctor)

Significa toda persona debidamente licenciada y registrada para ejercer la medicina en el país donde se brinde el tratamiento, que actúe dentro del ámbito de su licencia, formación y especialización. Este término incluye a Médicos generales, especialistas, consultores y cirujanos.

Titular de la Póliza

Significa la persona a cuyo nombre se emite esta Póliza y quien es el Asegurado principal bajo la misma. El Titular de la Póliza es la persona que firma la Solicitud de seguro, tiene derecho a la cobertura bajo esta Póliza y es responsable del cumplimiento de sus términos y condiciones. El Titular de la Póliza será también el beneficiario de los reembolsos por Gastos Cubiertos, salvo que el pago se realice directamente al proveedor o se haya acordado de otra forma, y tiene la facultad de solicitar cambios administrativos en la Póliza. Todas las demás personas aseguradas bajo esta Póliza se considerarán Dependientes, según la definición establecida en este documento. El Titular de la Póliza puede o no ser la Parte Contratante.

Año de Póliza

Significa un período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha Original de Inicio de Vigencia de esta Póliza, según se indica en el Certificado de Seguro, y finaliza en el aniversario correspondiente a los doce (12) meses posteriores. Cada período subsiguiente de doce (12) meses para el cual esta Póliza sea renovada también constituirá un Año de Póliza.

Condiciones Preexistentes

Significa toda condición médica, Enfermedad, Lesión, síntoma, signo o complicación que:

- Haya sido diagnosticada por un Médico antes de la Fecha Original de Inicio de Vigencia de esta Póliza o de su reinstalación; o
- Para la cual se haya recomendado o recibido asesoría médica, consulta, diagnóstico, atención o tratamiento (incluyendo medicamentos, cirugía u hospitalización) por parte de un Médico antes de la Fecha Original de Inicio de Vigencia de esta Póliza o de su reinstalación; o
- Haya presentado síntomas o signos antes de la Fecha Original de Inicio de Vigencia de esta Póliza o de su reinstalación, haya o no sido buscada atención o tratamiento médico, y que razonablemente habría llevado a un Médico prudente a diagnosticar la existencia de dicha condición.

Las Condiciones Preexistentes declaradas podrán estar cubiertas una vez transcurrido el período de espera aplicable especificado en esta Póliza, salvo que estén expresamente excluidas o restringidas en el Certificado de Seguro. Las Condiciones Preexistentes no declaradas no estarán cubiertas bajo ninguna circunstancia. La omisión, tergiversación o falta de divulgación de una Condición Preexistente podrá resultar en la negación de reclamos, modificación de la Póliza o cancelación de la misma.

Medicamentos por Prescripción Médica

Significa aquellos medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico licenciado. No incluyen productos que puedan adquirirse sin receta, tales como vitaminas, suplementos, productos de venta libre, medicamentos experimentales o en investigación, ni remedios no aprobados por la FDA o la EMA.

Los Medicamentos por Prescripción Médica estarán cubiertos cuando sean prescritos por un Médico, sean médicamente necesarios y estén directamente relacionados con el tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza, sujetos al límite máximo especificado en el **Cuadro de Beneficios**.

Tratamientos de Cáncer

Los Medicamentos por Prescripción Médica y los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y/o inmunoterapia, así como los medicamentos recetados relacionados con los efectos secundarios, estarán cubiertos al 100% únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- El medicamento o tratamiento haya sido prescrito para el cáncer;
- El medicamento o tratamiento esté reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición del Asegurado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y respaldado por las guías del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) correspondientes al tipo, etapa y localización del cáncer; y
- El plan de tratamiento haya sido coordinado y preaprobado por la Aseguradora.

Medicamentos Recetados Especializados

Los medicamentos de alto costo y alta complejidad utilizados para tratar condiciones crónicas, raras o complejas estarán cubiertos únicamente cuando sean coordinados y preaprobados por la Aseguradora. Los Medicamentos Recetados Especializados deberán ser dispensados por farmacias o distribuidores autorizados por la Aseguradora y estarán limitados a un suministro máximo de treinta (30) días por dispensación, sujetos a la efectividad médica, la seguridad y al límite máximo de Medicamentos Recetados especificado en el Cuadro de Beneficios.

Hemgenix (etranacogene dezaparvovec-drlb)

Esta terapia génica aprobada por la FDA para el tratamiento de pacientes adultos con Hemofilia B estará cubierta hasta un máximo vitalicio de US\$1,000,000 por Asegurado, sujeta a las siguientes condiciones:

- Aplicación de los límites de hospitalización y de Medicamentos Recetados ambulatorios establecidos en esta Póliza, conforme al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios;
- Haber sido coordinada y preaprobada por la Aseguradora; y
- Ser administrada en un Centro de Tratamiento de Hemofilia aprobado.

La Aseguradora se reserva el derecho exclusivo de determinar la necesidad médica, la idoneidad del entorno de atención y las condiciones de autorización aplicables a los Medicamentos por Prescripción Médica, Tratamientos de Cáncer, Medicamentos Recetados Especializados y Hemgenix.

Deportes Profesionales

Significa toda actividad deportiva o atlética en la cual el Asegurado participe a cambio de compensación monetaria, incluyendo salario, premios en efectivo, patrocinios u otros beneficios financieros directos o indirectos, ya sea en competencias, exhibiciones o entrenamientos.

La cobertura por gastos médicos derivados de lesiones sufridas durante la participación o el entrenamiento en Deportes Profesionales estará disponible únicamente si el equipo o la organización deportiva cuenta con una póliza de seguro médico primaria y los beneficios de dicha póliza se han agotado completamente. Si no existe dicha cobertura primaria, esta Póliza no proporcionará beneficios por lesiones relacionadas con Deportes Profesionales.

La participación en deportes recreativos, actividades de acondicionamiento físico personal o competencias amateur no se considera Deporte Profesional bajo esta Póliza.

La cobertura por Deportes Profesionales aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

Cirugía Profiláctica

Significa el procedimiento quirúrgico realizado con el fin de reducir el riesgo de desarrollar una Enfermedad o condición médica, cubierto bajo esta Póliza únicamente cuando esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios y sujeto a todas las siguientes condiciones:

- El Asegurado presenta una predisposición conocida al cáncer debido a una mutación genética perjudicial (incluyendo, pero sin limitarse a, BRCA1, BRCA2 u otras predisposiciones genéticas fuertes de susceptibilidad al cáncer) confirmada mediante pruebas genéticas. Para mayor claridad, el costo de las pruebas genéticas no está cubierto bajo esta Póliza;
- El procedimiento ha sido determinado como Medicamento Necesario;
- Se haya cumplido un Período de Espera de doce (12) meses a partir de la Fecha Original de Inicio de Vigencia de la cobertura; y
- Todos los servicios sean coordinados y preaprobados por adelantado por la Aseguradora.

Consultas Psiquiátricas

Significan las evaluaciones, valoraciones o sesiones de terapia profesional brindadas por un psiquiatra debidamente licenciado.

La cobertura bajo esta Póliza aplica únicamente cuando las consultas estén directamente relacionadas con una Enfermedad o Lesión cubierta, o sean consecuencia de la misma. Las Consultas Psiquiátricas se limitan a visitas ambulatorias prescritas por el Médico tratante y realizadas por un psiquiatra licenciado.

No estarán cubiertos bajo esta Póliza otros servicios psiquiátricos, incluyendo tratamiento hospitalario o medicamentos recetados.

La cobertura por Consultas Psiquiátricas aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios y estará sujeta al límite máximo especificado en dicho Cuadro.

Chequeo Médico de Rutina

Significa un examen médico preventivo realizado por un Médico licenciado con el propósito de monitorear la salud general, mantener el bienestar y detectar posibles problemas de salud en una etapa temprana. Estos exámenes se enfocan únicamente en la prevención y no incluyen pruebas, consultas o tratamientos relacionados con una Enfermedad o Lesión existente o previamente diagnosticada.

Detección de Cáncer de Colon

Se refiere a las pruebas de detección de cáncer de colon, hasta el monto máximo indicado en la correspondiente Tabla de Beneficios, para Asegurados de cincuenta (50) años de edad o más, una vez cada diez (10) años.

Estos beneficios están disponibles únicamente para el Titular de la Póliza y el cónyuge asegurado, y solo para aquellos Asegurados que hayan mantenido cobertura continua bajo esta Póliza por al menos doce (12) meses.

La cobertura para Chequeos Médicos de Rutina aplicará únicamente cuando este beneficio se encuentre expresamente listado en la correspondiente Tabla de Beneficios y estará sujeta al monto máximo especificado en la misma.

Cuadro de Beneficios

Significa el documento que forma parte integrante de esta Póliza y que especifica los beneficios cubiertos, límites de cobertura, montos máximos, Períodos de Espera y cualquier otro término y condición aplicable del plan específico, presentado en un formato conciso para ayudar al Asegurado a comprender el alcance de su cobertura. El Cuadro de Beneficios resume los términos clave de la cobertura y no amplía, modifica ni crea beneficios adicionales más allá de los expresamente establecidos en esta Póliza. En caso de inconsistencia o conflicto entre el Cuadro de Beneficios y las disposiciones generales de esta Póliza, prevalecerán los términos de esta Póliza.

Accidente Grave

Significa un evento súbito, violento, imprevisto e involuntario, causado exclusivamente por medios externos, visibles e involuntarios, y que no resulte de una condición física, patológica o mental preexistente, el cual provoca una Lesión corporal comprobable que:

- Requiere hospitalización inmediata como paciente interno por un período continuo de al menos veinticuatro (24) horas, dentro de las horas inmediatamente posteriores al evento, con el fin de preservar la vida o la integridad física; y
- Puede ser médicamente demostrado mediante evidencia clínica, incluyendo, entre otros, técnicas de imagen médica, pruebas diagnósticas y registros de admisión hospitalaria; y
- Sea confirmado como grave tanto por el Médico tratante como por el consultor Médico de la Aseguradora, con base en la revisión de las notas de triaje, registros de sala de emergencias y documentación de admisión hospitalaria. La determinación de la Aseguradora respecto a si un evento califica como Accidente Grave será definitiva y vinculante.

Para lesiones que involucren la nariz, ligamentos, columna vertebral, rodillas y/o articulaciones mayores, solo los casos de fracturas, rupturas o politraumatismos calificarán como Accidente Grave bajo esta Póliza.

Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomáticos del Pie

Significa los procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios realizados con el propósito de corregir trastornos sintomáticos de los pies ocasionados por infecciones, tumores, Accidentes u otros trastornos sintomáticos de los pies.

El Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomáticos del Pie aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios, estará limitado al monto máximo especificado en el mismo, y estará disponible únicamente para los Asegurados que hayan mantenido cobertura continua bajo esta Póliza durante al menos veinticuatro (24) meses, siempre que el procedimiento sea coordinado y preaprobado por la Aseguradora.

Ligadura de Trompas

Significa un procedimiento quirúrgico de esterilización femenina mediante el cual las trompas de Falopio son sujetadas, bloqueadas, seccionadas o selladas para impedir que los óvulos lleguen al útero para su fertilización.

La cobertura por Ligadura de Trompas aplicará únicamente cuando:

- El beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios;
- La Maternidad esté cubierta bajo esta Póliza;
- El procedimiento se realice durante la hospitalización por parto o en combinación con una cesárea; y
- Esté sujeto al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Preservación de Células Madre del Cordón Umbilical

Significa la recolección, procesamiento, análisis y criopreservación de la sangre del cordón umbilical de un Recién Nacido.

La cobertura por Preservación de Células Madre del Cordón Umbilical aplicará únicamente cuando:

- El beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios;
- La Maternidad esté cubierta bajo esta Póliza; y
- Esté sujeta al límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Red de Proveedores en Estados Unidos (USA Provider Network)

Significa la lista de Hospitales y otros proveedores Médicos ubicados dentro de los Estados Unidos de América, designados por la Aseguradora. Esta red podrá ser actualizada o modificada en cualquier momento sin previo aviso.

Si la Póliza está sujeta a una Red de Proveedores específica, esto se indicará en el correspondiente Cuadro de Beneficios. Recibir tratamiento dentro de la Red de Proveedores designada permite al Asegurado maximizar los beneficios disponibles bajo esta Póliza. Para confirmar si un proveedor forma parte de la Red de Proveedores, el Asegurado deberá contactar directamente a la Aseguradora antes de recibir servicios médicos. Se recomienda que el Asegurado obtenga de la Aseguradora la lista más actualizada de proveedores afiliados antes de buscar atención médica.

Cargos Usuales y Acostumbrados (UCR)

Significa los honorarios o costos promedio que se cobran por servicios o procedimientos médicos específicos por parte de Proveedores de la misma categoría dentro de una misma área geográfica.

Para los fines de esta Póliza:

- Los beneficios serán pagaderos únicamente por servicios y tratamientos Médicamente Necesarios que hayan sido certificados por la Aseguradora como cubiertos bajo esta Póliza.
- Los montos pagaderos estarán limitados a los cargos UCR razonables por servicios hospitalarios y Médicos en el lugar donde dichos servicios sean prestados.
- Los cargos UCR serán determinados por el equipo médico de la Aseguradora, con base en revisiones periódicas de los costos prevalecientes en el área geográfica correspondiente, o conforme a los acuerdos negociados directamente con determinados Proveedores.
- El cargo UCR constituye el monto máximo que la Aseguradora considerará elegible para pago bajo esta Póliza por cualquier beneficio cubierto.

Vasectomía

Significa un procedimiento quirúrgico de esterilización masculina o control de natalidad permanente, mediante el cual los conductos deferentes son cortados, ligados o sellados para impedir que los espermatozoides ingresen en el fluido seminal.

La cobertura por Vasectomía aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios, estará limitada al monto máximo especificado en el mismo, y estará disponible únicamente para los Asegurados que hayan mantenido cobertura continua bajo esta Póliza durante al menos doce (12) meses, siempre que el procedimiento sea coordinado y preaprobado por la Aseguradora.

Exoneración de Pago de Prima

Significa que, si como resultado directo de un Accidente o Enfermedad cubierta, ocurrida o iniciada después de la Fecha Original de Inicio de Vigencia de esta Póliza, el Titular de la Póliza fallece o queda total y permanentemente incapacitado antes de cumplir los sesenta (60) años de edad, la Aseguradora exonerará el pago de las primas, de conformidad con lo siguiente:

- **En caso de Incapacidad Total y Permanente:** Las primas adeudadas bajo esta Póliza serán exoneradas por un período máximo de dos (2) años a partir de la fecha en que se determine el inicio de la incapacidad, siempre que dicha incapacidad haya continuado de forma ininterrumpida por al menos doce (12) meses consecutivos y haya sido médicamente certificada como permanente. Durante este período, el Titular de la Póliza y todos los Dependientes asegurados permanecerán cubiertos bajo la Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de requerir pruebas de la continuidad de la incapacidad y de solicitar que el Titular de la Póliza sea examinado por cuenta de la Aseguradora.
- **En caso de Fallecimiento del Titular de la Póliza:** Las primas adeudadas bajo esta Póliza serán exoneradas por un período máximo de dos (2) años o hasta la siguiente fecha de renovación anual, lo que ocurra primero, posterior al fallecimiento del Titular de la Póliza, siempre que la causa de muerte sea consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta. La cobertura continuará sin costo para los Dependientes sobrevivientes asegurados bajo esta Póliza al momento del fallecimiento.

Este beneficio aplicará únicamente a los Dependientes que se encontraban asegurados bajo la Póliza en la fecha del fallecimiento o incapacidad del Titular, y no se extenderá a ninguna persona adicional ni a coberturas modificadas con posterioridad a dicho evento.

En caso de nuevo matrimonio o convivencia del cónyuge o pareja de hecho sobreviviente, o si un Dependiente deja de ser elegible conforme a los términos de la Póliza o obtiene cobertura bajo una póliza independiente, este beneficio se dará por terminado de manera inmediata para dicha(s) persona(s).

Al optar por este beneficio, se renuncia a todo derecho de reembolso de prima no devengada conforme a lo dispuesto en la cláusula de "Reembolsos".

La Exoneración de Pago de Prima aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

Chequeo Pediátrico de Rutina, Incluyendo Inmunizaciones de Rutina

Significa un beneficio de atención médica preventiva que cubre los exámenes pediátricos de rutina (visitas de control infantil) para Dependientes menores de dieciocho (18) años, incluyendo la evaluación del crecimiento, desarrollo y salud general, así como las vacunas y pruebas de detección de rutina administradas por un Médico licenciado.

La cobertura por Chequeo Pediátrico de Rutina, Incluyendo Inmunizaciones de Rutina aplicará únicamente cuando este beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios, estará limitada al monto máximo especificado en el mismo, y estará disponible únicamente para los Dependientes que hayan mantenido cobertura continua bajo esta Póliza durante al menos doce (12) meses, excepto en el caso de recién nacidos cubiertos bajo el beneficio de Maternidad de esta Póliza.

Administración de la Póliza

Cambio de País de Residencia

Si el Asegurado cambia su País de Residencia, deberá notificar por escrito a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a dicho cambio. La Aseguradora se reserva el derecho de revisar, ajustar, limitar o retirar la cobertura, incluyendo las primas, términos y condiciones de la Póliza, de acuerdo con el nuevo País de Residencia. La continuación de la cobertura en el nuevo País de Residencia estará sujeta a la aceptación por parte de la Aseguradora de la elegibilidad del Asegurado y al cumplimiento de los requisitos regulatorios aplicables. El no proporcionar aviso escrito oportuno del cambio de País de Residencia podrá resultar en el ajuste, suspensión o cancelación de la cobertura, a discreción de la Aseguradora.

Cambio de Plan

En la fecha de renovación anual, la Parte Contratante podrá solicitar un cambio de Plan, entendido como el cambio de un producto distinto de seguro de salud ofrecido por la Aseguradora a otro, o un cambio de Deducible dentro del mismo Plan. Dicha solicitud estará sujeta a la evaluación y aprobación de la Aseguradora, cuya autorización será a su entera discreción, pudiendo aceptar, negar o aprobar la solicitud con modificaciones, condiciones, exclusiones o términos revisados, según lo considere apropiado. La Aseguradora podrá requerir el llenado de una nueva Solicitud de Seguro, declaraciones de salud actualizadas o cualquier documentación adicional que estime necesaria. Cualquier ajuste en la prima resultante entrará en vigor a partir de la fecha de aprobación del cambio, y la falta de pago de la prima ajustada en la fecha correspondiente dejará el cambio sin efecto.

Condiciones Generales:

- Las solicitudes para reducir el Deducible o cambiar a un plan con mayores beneficios estarán sujetas a evaluación de suscripción.

- Si el Asegurado se encuentra bajo tratamiento médico o ha sido recientemente diagnosticado con una condición médica al momento de la solicitud, no podrá realizarse el cambio de Deducible ni de Plan. Cualquier condición médica existente antes de la Fecha de Vigencia del cambio, que no haya sido declarada y aceptada por escrito por la Aseguradora, permanecerá excluida bajo el nuevo Plan.
- Los beneficios adquiridos por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre que el nuevo Plan incluya dichos beneficios. Si el plan anterior no incluía un beneficio ofrecido en el nuevo Plan, deberá cumplirse el Período de Espera correspondiente especificado en el Cuadro de Beneficios.
- Durante los primeros treinta (30) días a partir de la Fecha de Vigencia del cambio, los beneficios pagaderos por Enfermedad o Lesión que no sean consecuencia de un Accidente ni de una Enfermedad de origen infeccioso estarán limitados a: a) El mayor Deducible entre el plan anterior y el nuevo Plan; y b) El menor beneficio entre el plan anterior y el nuevo Plan.
- Durante los primeros diez (10) meses siguientes a la Fecha de Vigencia del nuevo Plan, los beneficios relacionados con Maternidad, Complicaciones de Maternidad y Atención del Recién Nacido estarán limitados al menor beneficio entre el plan anterior y el nuevo Plan. Si el plan anterior no incluía cobertura de Maternidad, deberá cumplirse un Período de Espera de diez (10) meses antes de que se cubran los gastos relacionados.
- Los beneficios con montos asegurados por vida que ocurran durante los primeros seis (6) meses posteriores a la Fecha de Vigencia del nuevo Plan estarán limitados al menor beneficio entre el plan anterior y el nuevo Plan. Si ya se han pagado reclamaciones bajo el límite vitalicio del plan anterior, el monto disponible bajo el nuevo Plan se reducirá proporcionalmente. Si la suma asegurada bajo el nuevo Plan es menor al monto ya pagado bajo el plan anterior, dicho beneficio se considerará agotado y no aplicará cobertura adicional bajo el nuevo Plan.

Coordinación de Beneficios

Cuando el Asegurado cuente con otra póliza vigente que otorgue beneficios similares a los cubiertos bajo esta Póliza, todas las reclamaciones deberán presentarse primero ante la otra póliza. Esta Póliza solo proporcionará beneficios una vez que los beneficios de la otra póliza hayan sido pagados y completamente agotados. Cualquier monto pagado bajo la otra póliza que también sea elegible bajo esta Póliza se aplicará al Deducible Anual del Asegurado. Una vez satisfecho el Deducible Anual, esta Póliza cubrirá los gastos elegibles no pagados por la otra póliza, sujetos en todo momento a las Reglas, Términos y Límites de esta Póliza.

Al presentar una reclamación sujeta a coordinación de beneficios, el Asegurado deberá proporcionar documentación, incluyendo, entre otros: Explicación de Beneficios (EOB) emitida por la otra aseguradora, Copias de facturas detalladas, Registros médicos, Diagnóstico, fecha y tipo de servicio, y Comprobante de pago. Los pagos combinados realizados bajo esta Póliza y por la otra aseguradora no podrán exceder el monto total de los Gastos Cubiertos incurridos, y no se efectuará reembolso por importes que ya hayan sido pagados por otra aseguradora.

Subrogación e Indemnización

En caso de que el Asegurado reciba beneficios bajo esta Póliza, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o causas de acción que el Asegurado pudiera tener contra cualquier persona, organización o aseguradora, hasta por el monto de los beneficios pagados. El Asegurado deberá firmar y entregar los documentos y realizar todas las gestiones razonablemente requeridas para proteger y hacer valer los derechos de subrogación de la Aseguradora.

Deducible:

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados una vez que se haya satisfecho el Deducible Anual. El Deducible Anual, según se indica en el Certificado de Seguro, se aplicará por Asegurado y por Año de Póliza, con un máximo de dos (2) deducibles por familia y por Año de Póliza. Todos los montos aplicados por diferentes miembros de una misma familia se acumularán hasta alcanzar dicho máximo.

No aplicará Deducible Anual a los siguientes beneficios, siempre que el beneficio esté expresamente indicado en el correspondiente Cuadro de Beneficios, y estará sujeto al límite máximo y a las opciones de Deducible Anual especificadas en el mismo:

- Circuncisión del Recién Nacido
- Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de un Accidente
- Servicios Hospitalarios en caso de Accidente Grave
- Servicio Local de Ambulancia Terrestre
- Maternidad y Complicaciones de Maternidad
- Examen Médico de Rutina
- Ligadura de Trompas
- Preservación de Células Madre del Cordón Umbilical
- Vasectomía
- Examen Pediátrico de Rutina, incluyendo Vacunas

Disposiciones Adicionales

- Si el Deducible ha sido satisfecho en el País de Residencia y se reciben otros servicios médicos en el extranjero donde el Deducible sea mayor, el Asegurado deberá pagar la diferencia entre ambos Deducibles.
- En caso de un Accidente Grave, el Deducible será exonerado para la primera hospitalización Médicamente Necesaria que ocurra inmediatamente después del Accidente. Cualquier tratamiento posterior estará sujeto al Deducible aplicable. Para que la exoneración aplique, el Accidente deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su ocurrencia.
- Los gastos elegibles incurridos durante los últimos noventa (90) días del Año de Póliza que se apliquen al Deducible Anual de dicho año también serán acreditados y aplicados al Deducible del siguiente Año de Póliza.

Reducción del Deducible

Cuando así se indique en el correspondiente Cuadro de Beneficios, el Asegurado tendrá derecho, a partir del cuarto (4.º) Año de Póliza, a una reducción del cincuenta por ciento (50%) del Deducible anual durante un (1) Año de Póliza, siempre que no se hayan presentado reclamaciones bajo la Póliza durante tres (3) Años de Póliza consecutivos. Este beneficio aplica únicamente a Deducibles anuales iguales o menores a diez mil dólares estadounidenses (US\$10,000) y no aplica a deducibles familiares ni a deducibles adicionales distintos del Deducible anual de la Póliza. Los Exámenes Médicos de Rutina no serán consideradas como reclamaciones para efectos de este beneficio.

Una vez que se haya presentado una reclamación bajo la Póliza, iniciará un nuevo período de tres (3) Años de Póliza contados a partir de la siguiente fecha de renovación anual. Un cambio de Deducible o de Plan que ofrezca este beneficio no interrumpirá el período de calificación de tres años, siempre que no se hayan presentado reclamaciones bajo el plan anterior ni el nuevo durante dicho período. Durante cualquier Año de Póliza posterior a aquel en el que se haya otorgado el beneficio, se aplicará nuevamente el Deducible completo, y la Póliza deberá cumplir un nuevo período de tres (3) Años de Póliza consecutivos sin reclamaciones para volver a calificar para este beneficio. La Aseguradora determinará la elegibilidad para este beneficio a su entera discreción, y su decisión será definitiva y vinculante.

Período de Gracia

Si la prima correspondiente no es recibida por la Aseguradora en o antes de la Fecha de Vencimiento, la Aseguradora otorgará un Período de Gracia de treinta (30) días, contado a partir del día siguiente a la Fecha de Vencimiento, para que la Parte Contratante realice el pago total de la prima. Si la prima es recibida dentro del Período de Gracia, la Póliza permanecerá en vigor sin interrupción, y los Gastos Cubiertos incurridos durante dicho período serán pagados. Si la prima no es recibida dentro del Período de Gracia, esta Póliza y todos sus beneficios se darán por terminados automáticamente a partir de la Fecha de Vencimiento original, sin necesidad de notificación adicional.

Los esfuerzos de la Aseguradora por coordinar o facilitar la cobranza de primas, ya sea directamente con la Parte Contratante o a través de un Agente, no constituirán una renuncia a su derecho de cancelar la Póliza por falta de pago. La Parte Contratante es el único responsable de garantizar el pago oportuno de todas las primas. La existencia de reclamaciones pendientes o solicitudes administrativas no suspende, prorroga ni modifica la obligación de pagar las primas en las fechas establecidas. El incumplimiento en el pago de la prima en la fecha correspondiente se considerará como la decisión de la Parte Contratante de no renovar la Póliza.

Declaración Incorrecta de Edad

Si se determina que la edad de un Asegurado fue declarada incorrectamente y que, en consecuencia, el Asegurado no habría sido elegible para cobertura bajo esta Póliza, la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a efectuar un Reembolso, conforme a lo establecido en esta Póliza, y la Aseguradora tendrá derecho a recuperar todos los reclamos previamente pagados en nombre de dicho Asegurado.

Si la declaración incorrecta de edad no afecta la elegibilidad, pero hubiera resultado en una prima o estructura de beneficios diferente, la Póliza será enmendada para reflejar la edad correcta, y las primas y/o beneficios serán ajustados en consecuencia.

Requisito de Notificación

El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora para obtener la autorización previa de los servicios médicos, llamando al número telefónico indicado en su tarjeta de identificación. Los requisitos de notificación son los siguientes:

- **Servicios Programados:** Para cualquier servicio médico que requiera autorización previa, incluyendo, pero sin limitarse a, hospitalizaciones, cirugías (incluyendo cirugías menores) y exámenes diagnósticos mayores, el Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora al menos setenta y dos (72) horas antes de la prestación del servicio.
- **Emergencia o Accidente:** En caso de emergencia o Accidente en que no sea posible dar aviso anticipado, el Asegurado (o la persona que actúe en su nombre) deberá notificar a la Aseguradora dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al inicio del tratamiento, o tan pronto como sea razonablemente posible si existiera un evento inevitable o extraordinario que impida la notificación oportuna.

- **Autorización Previa:** El Asegurado deberá obtener la autorización correspondiente para todo beneficio que requiera coordinación y aprobación previa por parte de la Aseguradora antes de la prestación del servicio.

El incumplimiento del Requisito de Notificación podrá dar lugar a:

- Una reducción del treinta por ciento (30%) del monto que de otro modo sería pagadero bajo esta Póliza; o
 - La aplicación de los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) que la Aseguradora habría incurrido si la Notificación se hubiera realizado conforme a lo establecido;
- lo que resulte en la mayor reducción de beneficios.

Pago de Reclamos

A discreción de la Aseguradora, los pagos podrán efectuarse directamente a los prestadores de servicios médicos. Cuando el pago directo no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado en la misma moneda en que éste haya pagado al prestador, limitado al menor de los siguientes montos: (i) la tarifa contractual otorgada a la Aseguradora por el prestador, o (ii) los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR) correspondientes al área geográfica donde se prestaron los servicios, siendo cualquier exceso de cargo responsabilidad del Asegurado. La Aseguradora se reserva el derecho de revisar, auditar y ajustar los cargos de cualquier prestador para garantizar el cumplimiento de las tarifas contractuales y los límites UCR. El reembolso nunca excederá el monto efectivamente pagado por el Asegurado por los Gastos Cubiertos. Los pagos erróneos por gastos excluidos no generarán obligación alguna y deberán cesar a partir de la fecha en que se identifique el error. En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficios pendientes de pago serán abonados en primer lugar al cónyuge designado en la Solicitud, si lo hubiere; de no existir, al patrimonio del Asegurado o al beneficiario designado. En ningún caso se efectuarán pagos en violación de leyes o sanciones aplicables.

Cancelación o No Renovación de la Póliza

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, rescindir, modificar o negar la renovación de esta Póliza en los siguientes casos:

- **Falsedad o Fraude:** Si las declaraciones realizadas en la Solicitud, Formulario de Examen Médico o en cualquier otro documento son falsas, incompletas o fraudulentas, y dicha falsedad hubiera llevado a la Aseguradora a emitir la Póliza bajo condiciones diferentes o a rechazar la cobertura. La presentación de un reclamo fraudulento también constituirá motivo de cancelación o rescisión, y el Asegurado deberá reembolsar a la Aseguradora cualquier pago realizado en virtud de dicho reclamo.
- **Falta de Pago de Primas:** Si la prima total adeudada no es pagada conforme a lo establecido en esta Póliza.
- **Cancelación Voluntaria:** Si la Parte Contratante de la Póliza notifica por escrito a la Aseguradora su decisión de no continuar con la cobertura. Cualquier reembolso de prima se limitará a la porción no utilizada de la prima, menos los gastos administrativos, y siempre que no se hayan presentado reclamos durante el Año de Póliza.
- **Cambio de Residencia o Estatus:**
 - Si el Asegurado cambia su País de Residencia y no notifica a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días, o si reside en los Estados Unidos por más de ciento ochenta (180) días dentro de cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, la cobertura se dará por terminada automáticamente en la siguiente Fecha de Renovación.
 - Si el Titular de la Póliza o su cónyuge se convierten en estudiantes a tiempo completo en los Estados Unidos, la Aseguradora podrá, a su exclusiva discreción, extender la cobertura por un período adicional de renovación.
 - Si el estado civil del Titular de la Póliza cambia por divorcio o separación, la cobertura del Cónyuge Dependiente cesará al final del Año de Póliza, siempre que se notifique a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días.
- **Sanciones y Embargos:** La Aseguradora no estará obligada a otorgar ni mantener cobertura, ni será responsable de pagar reclamos o proporcionar beneficios bajo esta Póliza, en la medida en que hacerlo la exponga a sanciones, prohibiciones o restricciones impuestas por resoluciones de las Naciones Unidas, o por sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de los Estados Unidos de América o de cualquier otra jurisdicción cuyas sanciones sean aplicables a la Aseguradora. Si el Asegurado reside, se traslada o recibe servicios en un país sujeto a embargo o sanciones, o si el Asegurado es designado individualmente en una lista de sanciones, esta Póliza será cancelada o la cobertura será suspendida, según corresponda.

No se pagarán beneficios por tratamientos o servicios recibidos después de la fecha efectiva de cancelación o no renovación de la Póliza.

Pago de Prima

El pago total de la prima en o antes de la Fecha de Vencimiento es responsabilidad exclusiva del Titular de la Póliza o de la Parte Contratante, según corresponda. El pago de la prima podrá efectuarse anualmente en la Fecha de Renovación de la Póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento previamente autorizada por la Aseguradora. La Póliza permanecerá en vigor únicamente durante el período para el cual la prima haya sido pagada.

Los avisos de prima se emiten como cortesía, y la Aseguradora no garantiza su entrega. La falta de recepción de un aviso de prima no exime al Titular de la Póliza o de la Parte Contratante de la obligación de pagar la prima puntualmente. Si el aviso de prima no se recibe treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento y el Titular de la Póliza o de la Parte Contratante desconocen el monto adeudado, deberán contactar a la Aseguradora para confirmar el importe a pagar.

Si la prima total adeudada no se paga dentro del Período de Gracia establecido en esta Póliza, la cobertura se cancelará automáticamente a partir de la Fecha de Vencimiento original. Los esfuerzos de la Aseguradora por cobrar cualquier prima impaga no se interpretarán como una renuncia a su derecho de terminar la cobertura. La falta de pago de la prima en la fecha de vencimiento se considerará como una decisión expresa del Titular de la Póliza de no renovar la misma.

Cambios en las Tarifas de Prima

La Aseguradora se reserva el derecho de modificar las tarifas de prima en cada fecha de aniversario de renovación de la Póliza. En ningún caso la Aseguradora podrá ajustar las tarifas de un Asegurado individual en función de su historial de reclamaciones.

Prueba de Reclamo

La prueba escrita de todo reclamo deberá ser presentada a la Aseguradora en el Formulario de Reclamo de la misma dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del evento o servicio asegurado, excepto en el caso de maternidad, en cuyo caso los reclamos podrán presentarse hasta ciento ochenta (180) días después de la fecha de nacimiento. Deberán presentarse facturas originales detalladas y recibos en la moneda facturada; no se aceptarán fotocopias.

Cada reclamo deberá incluir:

- Formulario de Reclamo debidamente completado y firmado;
- Informes médicos;
- Facturas originales que detallen el nombre del paciente, fecha de nacimiento, diagnóstico, tipo y fecha del servicio, montos pagados e identificación del proveedor; y
- Recetas médicas para gastos de farmacia con sus respectivas facturas pagadas.

En los reclamos derivados de Accidentes, podrán requerirse documentos de respaldo tales como informes policiales y reportes médicos de emergencia. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar prueba de pago, información médica adicional o documentación complementaria. El incumplimiento de estos requisitos dará lugar al cierre del reclamo y liberará a la Aseguradora de toda responsabilidad. Los reclamos que involucren a múltiples Asegurados deberán incluir gastos detallados por separado para cada Asegurado, Enfermedad, Accidente y proveedor. Los reclamos recibidos después del período de ciento ochenta (180) días se considerarán inválidos, salvo que esta Póliza disponga expresamente lo contrario.

Rehabilitación de la Póliza

Si esta Póliza ha sido cancelada por falta de pago de la prima requerida una vez vencido el Período de Gracia, podrá rehabilitarse únicamente bajo las siguientes condiciones:

- La solicitud de rehabilitación deberá presentarse dentro de los sesenta (60) días siguientes a la Fecha de Vencimiento de la prima impaga. No se autorizará ninguna rehabilitación después de noventa (90) días contados desde la fecha de terminación de la Póliza.
- Pago total de todas las primas vencidas; y
- Presentación y aprobación por parte de la Aseguradora de un Formulario de Solicitud de Rehabilitación o de cualquier otra evidencia de asegurabilidad, incluyendo un Cuestionario Médico o Certificado de Buena Salud, según lo requiera la Aseguradora.

La Póliza rehabilitada cubrirá únicamente:

- Accidentes ocurridos después de la fecha de rehabilitación de la Póliza;
- Enfermedades cuyas manifestaciones o síntomas comiencen al menos diez (10) días después de la fecha de rehabilitación; y
- Maternidades cuyo parto ocurra no antes de diez (10) meses después de la fecha de rehabilitación.

La rehabilitación estará sujeta a la discreción exclusiva de la Aseguradora. La aceptación de primas vencidas sin la aprobación formal de rehabilitación no implicará por sí misma la reinstalación de esta Póliza.

Reembolso de Prima no Devengada

Si la Póliza es cancelada, ya sea por el Asegurado o por la Aseguradora, después de haber sido emitida, rehabilitada o renovada, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima, deduciendo los reclamos pagados, los cargos administrativos y las tarifas de Póliza, hasta un máximo del setenta por ciento (70%) de la prima no devengada. Las tarifas de Póliza y el treinta por ciento (30%) de la prima base no son reembolsables.

La porción no devengada de la prima se calculará sobre la base de:

- 365 días para una Póliza anual,
- 180 días para una Póliza semestral, o
- 90 días para una Póliza trimestral,

menos el número de días durante los cuales la Póliza estuvo en vigor, aun cuando haya sido posteriormente cancelada. En ningún caso se reembolsarán primas por un período superior a un (1) Año de Póliza.

Si el monto de la prima no devengada es inferior a cien dólares estadounidenses (US\$100), no se efectuará reembolso.

En caso de cancelación por fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima no devengada será reembolsada al cónyuge designado en la Solicitud de Seguro; si no se hubiese designado cónyuge, el reembolso se pagará al patrimonio del Titular de la Póliza. Sin embargo, si se elige la continuación de cobertura para los Dependientes conforme a la cláusula de "Exoneración de Pago de Prima (Waiver of Premium)", cuando dicho beneficio esté incluido en el Cuadro de Beneficios correspondiente, no aplicará reembolso alguno de prima no devengada.

Disposiciones de Renovación

Esta Póliza se emite como un contrato anual, sujeto al pago de la prima correspondiente. Asimismo, se acuerda que esta Póliza se renovará en cada fecha de renovación, sujeta a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tarifas de prima vigentes al momento de cada renovación.

La renovación de la cobertura bajo esta Póliza está garantizada, excepto en los casos de falta de pago de prima, fraude y/o declaración falsa, y estará sujeta a las siguientes condiciones:

- Que la Póliza haya permanecido en vigor de forma continua, sin interrupción.
- Que el asegurado acepte las reglas, términos, definiciones, beneficios y tarifas de prima de la Póliza vigentes al momento de la renovación.
- Que el Titular de la Póliza no haya notificado por escrito su intención de cancelarla al menos con un (1) mes de antelación a la fecha de renovación.
- Que la prima total adeudada haya sido pagada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de renovación.

Cuando se cumplan estas condiciones, la renovación será automática, y se emitirá un recibo como comprobante de que la cobertura permanece vigente.

Período de Espera

Esta Póliza contiene un Período de Espera general de treinta (30) días, que comienza a contarse desde la Fecha Original de Inicio de Vigencia de cada Asegurado.

Durante este período, la cobertura se limita a:

- Enfermedades o afecciones de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período; y
- Lesiones resultantes de un Accidente cubierto ocurrido durante este período.

Para las Pólizas cuya Fecha Original de Inicio sea el 1 de enero de 2026 o en adelante, cualquier otra condición, síntoma o Lesión que se produzca o se manifieste por primera vez durante el Período de Espera y que no sea consecuencia de un Accidente cubierto ni de origen infeccioso, quedará excluida de forma permanente de la cobertura.

Ciertos beneficios podrán estar sujetos a períodos de espera adicionales específicos, según se detalla en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

Arbitraje Vinculante de todos los Litigios

Todos y cualesquiera litigios, reclamos, controversias, que surjan de esta Póliza y Certificado de Seguro o se relacionen con ella se deberán someter a un arbitraje vinculante en el Condado de Miami-Dade, en Florida, y se llevará a cabo en idioma inglés. El arbitraje se regirá por la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. §§1-16, 201-208, y 301-307, con la exclusión de leyes estatales que resulten incongruentes con la misma o pudieran producir un resultado diferente, y cualquier juzgado que tenga jurisdicción sobre el mismo puede dictar un fallo sobre el laudo otorgado por el árbitro. Las leyes del Estado de Florida se considerarán el derecho dominante y pertinente de conformidad con esta Póliza y Certificado de Seguro, con excepción del Código de Seguros de Florida codificado en los Capítulos 624-632, 634, 635, 636, 641, 642, 648 y 651 del Ordenamiento Jurídico de Florida, así como todos y cualesquiera reglamentos federales, entre ellos sin limitación la Ley de Protección del Paciente y Atención Costeable, que están excluidas específicamente de tener cualquier aplicabilidad con respecto a esta Póliza y Certificado de Seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado y la Aseguradora acuerdan que los términos, condiciones, disposiciones y exclusiones de esta Póliza y Certificado de Seguro se deberán interpretar de forma imparcial como entre las partes, entre ellas sin limitación, donde se aseedere que el lenguaje de esta Póliza y Certificado de Seguro resulte ambiguo o poco claro, el asunto se deberá resolver en la forma más consecuente con los términos, condiciones o exclusiones pertinentes de la Póliza y Certificado de Seguro (sin tener en cuenta la autoría del lenguaje o la doctrina de expectativa razonable de las partes y sin ninguna presunción o esclarecimiento o interpretación arbitrarios a favor de ninguna parte o partes) y en consonancia con la voluntad de las partes. El laudo del árbitro deberá ser compartido por igual entre el asegurado y la empresa, y cada parte pagará sus propios honorarios y costos legales y de abogado incurridos en el arbitraje.

El Asegurado y la Aseguradora deberán presentar su litigio a los tres (3) árbitros. Cada parte escogerá un árbitro y el tercer árbitro será escogido por los dos árbitros seleccionados por las partes. Cada parte puede iniciar el arbitraje mediante notificación por escrito a la otra parte nombrando un árbitro y exigiendo arbitraje. La otra parte tendrá treinta (30) días una vez que reciba dicha notificación para nombrar su árbitro. Los dos árbitros seleccionados escogerán al tercer árbitro en un plazo de treinta (30) días. Si cualquiera de las partes no nombrara al segundo árbitro en un plazo de treinta (30) días a partir de la entrega de la notificación, la parte que no escogió al árbitro estará de acuerdo en que la otra parte escogerá al segundo árbitro al vencer el plazo de treinta (30) días, y el arbitraje procederá como se explica anteriormente, después de seleccionar al tercer árbitro. El arbitraje tendrá lugar en el Estado de Florida en el Condado de Miami-Dade donde radica la jurisdicción exclusiva y está acordada por el presente por el Asegurado y la Aseguradora.

Excepto cuando así lo requiera la ley o en la medida necesaria en relación con una impugnación judicial, o el cumplimiento de un laudo, ni una de las partes ni los árbitros pueden revelar la existencia, contenido, registro o resultados de un arbitraje. Se deberá hacer un registro taquigráfico de todo el testimonio en cualquier arbitraje, y el laudo estará acompañado por una breve exposición de los fundamentos en que se basa el laudo.

En caso de que una Parte crea que existe un claro error de derecho, y en el término de treinta (30) días de recibir un laudo de US\$250.000,00 o más, que no será vinculante si se interpone una apelación, la Parte puede notificar a la otra parte de su intención de apelar el laudo a un cuarto árbitro (el "Árbitro de Apelación") que deberá tener no menos de veinte (20) años de experiencia en el ejercicio activo del derecho o como ex-juez, y con el cual deberán de estar de acuerdo las partes. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo acerca del Árbitro de Apelación, entonces el tercer árbitro seleccionado deberá seleccionar al Árbitro de Apelación. El laudo, según sea confirmado, modificado o remplazado por el Árbitro de Apelación será definitivo y vinculante, y un fallo sobre éste puede ser dictado por cualquier juzgado que tenga jurisdicción sobre el mismo. No se pueden hacer otras apelaciones del arbitraje.

Las Partes cooperarán de buena fe en el intercambio voluntario, puntual e informal de todos los documentos e informaciones (que no sean reservados ni de dominio privado) pertinentes al litigio o reclamo, todos los documentos en su poder o control sobre los que ellos se basan en apoyo de sus posiciones o que ellos intentan presentar como pruebas en la vista definitiva, las identidades de todos los individuos con conocimiento del litigio o reclamo y una breve descripción de dicho conocimiento, así como las identidades, calificaciones y testimonio anticipado de todos los peritos que se puedan llamar para declarar o cuyo informe se pueda presentar en la vista. Las Partes y los árbitros realizarán esfuerzos comercialmente razonables para concluir el intercambio de documentos e informaciones en el término de sesenta (60) días calendarios después que se hayan recibido todos los escritos o notificaciones de reclamos y el arbitraje haya empezado oficialmente. A solicitud de una Parte en cualquier arbitraje en que un reclamo o contrarreclamo revelado sobrepase los US\$250.000,00, los árbitros pueden también ordenar divulgación de la vista prefinal mediante declaración jurada después de mostrar causa justificada. A medida que tienen conocimiento de nuevos documentos e informaciones (entre ellos los peritos que pueden llamar para declarar), todas las partes siguen teniendo una obligación continuada de proporcionar documentos pertinentes, no reservados, para reforzar la identificación de los testigos y peritos, y respetar cualesquiera acuerdos entre las Partes acerca de los documentos o informaciones a intercambiar. Los documentos que no se hayan intercambiado previamente o los testigos o peritos no identificados con anterioridad, no serán considerados por los árbitros en la vista. Catorce (14) días calendarios antes de la vista, las Partes intercambiarán y proporcionarán a los árbitros (a) una lista de los testigos que tienen previsto llamar (entre ellos cualesquiera peritos) con una descripción breve del testimonio directo previsto de cada testigo y un estimado de la duración del mismo y (b) copias premarcadas de todos los anexos que se proponen utilizar en la vista.

Los árbitros solamente pueden otorgar remedios monetarios y no están facultados para otorgar indemnización por daños y perjuicios distinta de la compensación por daños y perjuicios y, a discreción de los árbitros, intereses. El laudo de los árbitros no incluirá indemnización punitiva ni ejemplar por daños y perjuicios. El laudo deberá satisfacer todos los reclamos de todas las Partes. Los honorarios y gastos de árbitro serán cubiertos por igual por las Partes. Los honorarios y gastos por aplazamiento o cancelación deberán ser cubiertos por la Parte que ocasiona el aplazamiento o cancelación. Excepto cuando se disponga lo contrario en la presente Póliza, cada Parte deberá cubrir sus propios honorarios y gastos incurridos, entre ellos sin limitación todos los costos de radicación, honorarios de testigos, honorarios de testigos peritos, costos de transcripción, costos de traductor y traducción y los honorarios de su abogado.

Las Partes acuerdan que cualquier arbitraje u otro procedimiento relacionado con un litigio que surja con arreglo a esta Póliza y/o la Aplicación de dicha Póliza, se deberá llevar a cabo únicamente entre ellos. Ninguna de las Partes deberá solicitar, ni acceder a ninguna solicitud, de que su litigio se una o consolide para propósito alguno, entre ellos sin limitación, a ninguna acción de grupo u otro recurso procedimental similar, con ningún otro procedimiento entre dicha Parte y cualquier tercero.

Ningún agente puede ceder o cambiar ninguna de las disposiciones de la Solicitud de Seguro, esta Póliza, o cualquier documento expedido al respecto de la misma. Solamente un oficial autorizado de la Aseguradora puede hacer cambios o renunciaciones y dichos cambios deberán constar por escrito.

Exclusiones

Quedan excluidos de esta Póliza los siguientes tratamientos, servicios o gastos, incluyendo cualquier complicación, consecuencia, efecto secundario o tratamiento derivado de los mismos:

1 Condiciones Preexistentes

Cualquier Condición Preexistente que no haya sido declarada al momento de la Solicitud de Seguro, así como cualquier condición específicamente excluida según se indica en el Certificado de Seguro.

2 Período de Espera

Cualquier Enfermedad o Lesión que no sea causada por un Accidente o por una Enfermedad de origen infeccioso y que se manifieste por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días contados desde la Fecha Original de Inicio de Vigencia, salvo que exista una enmienda expresa por escrito que disponga lo contrario.

3 Servicios No Médicamente Necesarios o No Supervisados Profesionalmente, Incluyendo, entre otros:

- Servicios o suministros que no sean Médicamente Necesarios;
- Servicios prestados a un Asegurado que no se encuentre bajo el cuidado de un Médico, Doctor o profesional de la salud legalmente calificado;
- Servicios, tratamientos o medicamentos que no hayan sido autorizados o prescritos por un Médico, Doctor o profesional Médico legalmente calificado en el país donde se presten los servicios;
- Servicios relacionados con el cuidado personal, Cuidado de Custodia o terapias recreativas o educativas;
- Hospitalización o uso de instalaciones hospitalarias cuando dichas instalaciones no sean médicamente requeridas, o admisiones hospitalarias electivas con más de veintitrés (23) horas de anticipación a una cirugía;
- Tratamientos homeopáticos, alternativos, complementarios (excepto cuando estén expresamente incluidas en el Cuadro de Beneficios) o no reconocidos científicamente, o aquellos considerados de carácter investigacional, experimental o en fase de ensayo clínico;
- Cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento no aprobado para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA);
- Medicamentos recetados que no estén científicamente o médicamente aprobados para el diagnóstico específico del Asegurado; que sean prescritos para un uso fuera de indicación (off-label) no aceptado por la comunidad científica; que formen parte de un tratamiento experimental, aun cuando el medicamento individual esté aprobado por la FDA/EMA; o que sean medicamentos de venta libre (OTC).

4 Cargos que Excedan los Límites de Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR)

Cualquier parte de un cargo por servicios médicos, tratamientos o suministros que exceda el monto Usual, Razonable y Acostumbrado (UCR) para el área donde se preste el servicio, o que supere los montos negociados por la Aseguradora con proveedores específicos. Aun cuando un beneficio esté cubierto al cien por ciento (100%), el pago seguirá sujeto a los límites UCR y a las tarifas negociadas por la Aseguradora.

5 Exámenes de Rutina y Atención Preventiva

Exámenes médicos de rutina, evaluaciones físicas, estudios diagnósticos realizados como parte de una evaluación rutinaria, tratamientos profilácticos y vacunaciones, excepto cuando exista cobertura específica en el Cuadro de Beneficios. Esta exclusión también incluye la emisión de certificados o constancias médicas, exámenes para determinar aptitud laboral o para viajes, pruebas genéticas y procedimientos similares.

6 Visión, Audición y Servicios Relacionados

Exámenes rutinarios de oído y vista, incluyendo el costo de todo tipo de audífonos (ya sean implantados quirúrgicamente o no), excepto cuando estén expresamente incluidos en el Cuadro de Beneficios; anteojos, lentes de contacto y procedimientos para corregir trastornos de refracción (incluyendo, entre otros, estrabismo, queratotomía radial y otras cirugías oculares correctivas). Asimismo, los implantes cocleares y los servicios relacionados están excluidos, excepto cuando estén expresamente incluidos en el **Cuadro de Beneficios**.

7 Tratamientos Dentales y Relacionados con la Mandíbula

Se excluye todo tratamiento dental u ortodóntico, incluyendo, entre otros, dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, puentes, tratamientos endodónticos y periodontales. Esta exclusión se extiende a procedimientos quirúrgicos que involucren la mandíbula o la articulación mandibular, sin importar la causa o etiología, incluyendo, entre otros, anomalías del maxilar superior, trastornos de la mandíbula o de la articulación mandibular, anomalías, malformaciones, Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM), trastornos craneomandibulares o cualquier otra afección de la mandíbula, su articulación, músculos, nervios o tejidos conectivos relacionados. La única excepción a esta exclusión es el Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente cubierto, según lo dispuesto expresamente en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

8 Equipos Médicos Duraderos (DME)

Cualquier gasto relacionado con la pérdida, extravío, reparación o reemplazo de Equipos Médicos Duraderos, salvo que la vida útil del producto haya expirado y el equipo haya estado originalmente cubierto por esta Póliza. También se excluyen los gastos relacionados con la duplicación de Equipos Médicos Duraderos o de dispositivos que cumplan la misma función o propósito.

9 Aborto

Se excluye cualquier gasto relacionado con el aborto, incluyendo sus consecuencias, cuando este se realice por razones psicológicas o sociales. La interrupción voluntaria del embarazo queda excluida, salvo cuando esté médicamente justificada por una condición certificada por un Médico.

10 Trastornos Mentales y Psicológicos

Se excluye el tratamiento de enfermedades mentales, trastornos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de conducta o del desarrollo (incluyendo, entre otros, apraxia y dispraxia) y condiciones del neurodesarrollo. Esta exclusión también aplica a consultas, servicios o tratamientos proporcionados por psicólogos, psiquiatras u otros especialistas en salud mental, así como a los medicamentos recetados relacionados y a cualquier consecuencia o efecto secundario derivado de dichos tratamientos, excepto las Consultas Psiquiátricas o Psicológicas cuando estén expresamente incluidas en el Cuadro de Beneficios.

11 Cirugías Electivas o Cosméticas

Se excluye cualquier tipo de cirugía electiva o estética, procedimiento o tratamiento médico destinado principalmente a fines de embellecimiento o apariencia estética. Esto incluye, entre otros, trasplantes capilares, tratamientos para la alopecia, perforaciones en orejas o cuerpo, reducciones mamarias, implantes mamarios y procedimientos similares. Se harán excepciones únicamente cuando la cirugía o tratamiento sea Médicamente Necesario debido a una Lesión, deformidad o Enfermedad que haya ocurrido por primera vez mientras el Asegurado se encontraba cubierto por esta Póliza; o cuando la cobertura esté expresamente incluida en el Cuadro de Beneficios. Cualquier tratamiento quirúrgico por deformidad nasal o septal se considerará cosmético y estará excluido, salvo que sea causado por un Accidente o trauma. La evidencia del trauma deberá ser confirmada mediante estudios de diagnóstico apropiados (por ejemplo, radiografía o tomografía computarizada).

12 Lesiones Autoinfligidas, Abuso de Sustancias y Actos Delictivos, incluyendo, entre otros

- Enfermedades o lesiones autoinfligidas, incluyendo suicidio, intento de suicidio o suicidio frustrado, independientemente de si el Asegurado se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales o no;
- Consumo de alcohol, alcoholismo o abuso de alcohol (incluyendo los casos en que el nivel de alcohol en sangre del Asegurado exceda el límite legal en la jurisdicción donde ocurrió el incidente);
- Adicción, abuso o uso indebido de drogas o sustancias ilícitas, incluyendo el uso ilegal de sustancias controladas o el uso de medicamentos recetados o de venta libre (OTC) de manera inconsistente con las indicaciones del Médico tratante;
- Conducta temeraria o negligente, incluyendo la autoexposición al peligro, el desprecio por la propia seguridad o la de terceros, la negligencia grave o la mala conducta intencional, salvo en un intento de salvar una vida humana;
- Participación en peleas (excepto en defensa propia legítima, según lo determine un tribunal de justicia), encuentros con animales salvajes, o actos delictivos o violaciones de la ley en los que el Asegurado esté involucrado, independientemente de si es acusado o condenado por dicho delito.

13 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH / SIDA

Se excluye cualquier gasto relacionado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Relacionado con el SIDA (ARCS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH positivo) y todas las enfermedades o condiciones causadas por o relacionadas con el SIDA/VIH, excepto cuando la cobertura específica para Tratamiento de SIDA y/o VIH esté expresamente incluida en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

14 Tratamiento por Miembros de la Familia o por el Propio Asegurado

Se excluye cualquier tratamiento, servicio o gasto prestado por un Miembro de la Familia del Asegurado, incluyendo, entre otros, cónyuge, padres, hermanos, hijos, padrastros, hijastros, hermanastros, suegros, yernos, nueras, cuñados, cuñadas, abuelos, nietos o los cónyuges de abuelos o nietos. Esta exclusión también aplica a: Cualquier tratamiento proporcionado por una persona que resida habitualmente en el hogar del Asegurado; Cualquier tratamiento realizado en una entidad o establecimiento propiedad del Asegurado o de un Miembro de su Familia, o que sea operado o supervisado por ellos; Cargos por servicios prestados por un Médico o proveedor que sea pariente directo o miembro del hogar, incluso si la facturación se realiza a través de otra persona, sociedad o corporación profesional; Cualquier reclamo presentado por un Asegurado que también sea Médico, por servicios prestados a sí mismo.

15 Órganos Artificiales y Criopreservación

Se excluye cualquier gasto relacionado con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de origen animal, o equipos personales de riñón artificial para uso domiciliario. Esta exclusión también aplica a todos los gastos relacionados con la criopreservación y almacenamiento de tejidos o células madre por un período superior a veinticuatro (24) horas, excepto los análisis de laboratorio y la preservación de células madre cuando exista cobertura específica expresamente incluida en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

16 Guerra, Servicio Militar, Riesgos Nucleares, Disturbios Civiles y Actos Ilegales

Se excluye cualquier tratamiento, servicio o gasto por Lesión corporal o Enfermedad que surja directa o indirectamente de: Guerra, declarada o no declarada, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, motines, rebelión, revolución, actos de terrorismo o eventos similares; Participación en disturbios, conmociones civiles, huelgas, alteraciones del orden público o cualquier actividad ilegal, incluyendo encarcelamiento resultante; Accidentes nucleares o químicos, energía atómica, radioactividad proveniente de material nuclear, residuos nucleares, combustión de combustible nuclear o dispositivos nucleares; Terapia con rayos X o radioterapia realizada sin supervisión médica; y/o Servicio activo en fuerzas policiales o militares, o lesiones sufridas durante el desempeño de funciones en tal capacidad.

17 Servicios sin Obligación Legal de Pago o Cubiertos por Terceros

Se excluyen todos los cargos por servicios respecto de los cuales el Asegurado no tenga una obligación legal de pago. Para los efectos de esta exclusión, se incluyen: Cualquier cargo que exceda el monto que se habría cobrado si no existiera cobertura de seguro; Cualquier servicio que normalmente se proporciona sin costo; Servicios médicos o gastos cuya responsabilidad legal o contractual recaiga sobre un tercero, incluyendo, entre otros, los derivados de responsabilidad civil o extracontractual; Servicios de salud derivados de una Lesión Accidental sufrida en un Accidente de vehículo motorizado, embarcación o aeronave, o en cualquier otro tipo de transporte público, cuando el Asegurado esté cubierto por algún tipo de seguro público o privado, independientemente de que el Asegurado ejerza o no acciones de responsabilidad contra dicho tercero; y/o Atención o tratamiento de una Lesión, Enfermedad o condición por la cual el Asegurado tenga derecho a beneficios bajo leyes de compensación laboral, seguro de responsabilidad del empleador o cualquier otro régimen o póliza similar.

18 Esterilización, Procedimientos Reproductivos y Función Sexual

Se excluye cualquier gasto relacionado con los siguientes conceptos, salvo que estén expresamente incluidos en el Cuadro de Beneficios: Esterilización masculina o femenina y reversión de la esterilización; Control de la natalidad, anticoncepción o dispositivos anticonceptivos; Evaluación y tratamiento de la infertilidad, incluyendo, entre otros, la inseminación artificial, la fertilización in vitro o cualquier otra forma de tecnología de reproducción asistida (TRA); Cualquier condición sufrida por la madre o el recién nacido como resultado de un tratamiento de fertilización o de TRA; Cambio de sexo, reasignación sexual, transformación sexual, cirugía de intersexualidad o servicios relacionados, incluyendo la terapia hormonal; Servicios de reproducción o modificación genética, incluyendo pruebas genéticas de paternidad o para determinar el sexo del niño; Tratamientos, procedimientos o prótesis destinados a mejorar o restaurar la función sexual o la potencia, o para tratar la disfunción sexual, impotencia, insuficiencias o trastornos psicosexuales, incluyendo, entre otros, prótesis peneanas o testiculares.

19 Maternidad y Atención del Recién Nacido Relacionadas con Embarazos No Cubiertos

Se excluye cualquier gasto por tratamiento, servicios o atención brindados a la madre o al recién nacido relacionados con una Maternidad no cubierta, incluyendo cualquier embarazo, parto o atención prenatal y postnatal derivada de dicha maternidad. También se excluyen las Complicaciones de Maternidad y del Recién Nacido que surjan como consecuencia de tratamientos de infertilidad cuando la duración del embarazo sea inferior a treinta y dos (32) semanas, así como las Complicaciones de Maternidad cuando el embarazo sea resultado de un tratamiento de infertilidad.

20 **Obesidad, Control de Peso y Tratamientos Relacionados**

Se excluye cualquier gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con la obesidad, el control de peso o la alteración del tamaño corporal. Esto incluye, entre otros: Tratamientos para la reducción o el aumento de peso; Uso de suplementos alimenticios o productos similares; Complicaciones derivadas de dichos tratamientos; y Cualquier procedimiento quirúrgico para la pérdida o el control de peso. La cobertura podrá aplicarse únicamente cuando los beneficios específicos estén expresamente definidos en el Cuadro de Beneficios correspondiente (por ejemplo, Cirugía Bariátrica).

21 **Cuidado Podológico y Tratamientos de Pie de Rutina**

Se excluye cualquier gasto, servicio o suministro relacionado con el cuidado no quirúrgico de los pies. Esto incluye, entre otros: Cuidado rutinario de los pies, pedicuras o corte de uñas; Tratamiento de callos, durezas, juanetes, hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pie plano, arcos débiles, fatiga crónica del pie u otros trastornos sintomáticos del pie; Remoción de verrugas u otras afecciones similares en los pies; Zapatos ortopédicos o especiales, plantillas o insertos de cualquier tipo o forma; Tratamientos quiroprácticos u otros tratamientos no quirúrgicos de trastornos del pie. El Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomáticos del Pie estará cubierto únicamente cuando esté expresamente definido en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

22 **Hormona del Crecimiento y Estimulación del Crecimiento Óseo**

Se excluye cualquier tratamiento, servicio o gasto relacionado con trastornos del crecimiento, el uso de hormona del crecimiento, estimuladores del crecimiento óseo o procedimientos de estimulación del crecimiento óseo, independientemente del motivo de la prescripción o de la indicación médica.

23 **Cuidado Quiropráctico**

Se excluye cualquier gasto, tratamiento o servicio relacionado con la atención quiropráctica, excepto cuando exista una cobertura específica expresamente incluida en el Cuadro de Beneficios correspondiente.

24 **Asistentes Quirúrgicos Múltiples**

Se excluye cualquier tratamiento o gasto relacionado con los servicios de más de un (1) asistente quirúrgico, a menos que haya sido expresamente aprobado con anterioridad por el Asegurador.

25 **Establecimientos No Cubiertos**

Se excluye toda atención, servicio o suministro proporcionado por instalaciones que no sean reconocidas como hospitales de atención aguda o instituciones médicas autorizadas. Esto incluye, entre otros, instituciones psiquiátricas, hogares de ancianos, residencias asistidas, centros de atención a largo plazo, centros de convalecencia o rehabilitación, balnearios de salud, centros de hidroterapia o spas de terapia acuática. Estas instalaciones están excluidas de cobertura, independientemente de que los servicios brindados sean de atención médica, psiquiátrica, rehabilitadora, custodial o de cuidado personal.

26 **Deportes Profesionales y Peligrosos**

Se excluye toda atención, servicio o gasto derivado de una Lesión, Accidente o Enfermedad que resulte de la participación en deportes a cambio de compensación económica, o de la práctica, entrenamiento o demostración de Deportes Profesionales. Esta exclusión también aplica a cualquier deporte o competencia en la que el Asegurado reciba compensación monetaria u otro beneficio financiero, así como a la participación amateur en deportes de motor o en actividades similares que expongan al participante a un riesgo o peligro inusual. La cobertura podrá aplicar únicamente cuando los beneficios específicos estén expresamente incluidos en el correspondiente Cuadro de Beneficios.

27 **Sanciones y Restricciones Comerciales**

Cualquier reclamo, gasto, tratamiento, servicio o suministro prestado en países, o proporcionado por o para el beneficio de personas y/o empresas que estén sujetos a restricciones comerciales, sanciones económicas o políticas, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, dependencias o autoridades de control de activos, queda excluido de la cobertura bajo esta Póliza.