



AmFirst Insurance Company, Ltd.

The Pearman Building, 3rd Floor
3 Gorham Road
P.O. Box HM 3103
Hamilton HM NX, Bermuda

UNA COMPAÑÍA POR ACCIONES

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO. La Compañía promete pagarle a Usted, el Asegurado, los beneficios previstos por esta póliza para Gastos Médicos incurridos necesaria y razonablemente, hasta la cantidad asegurada, como se establece en la Tabla de Beneficios. Todos los beneficios están sujetos al Certificado de Cobertura de la Póliza, Tabla de Beneficios, Provisiones, Definiciones, Condiciones, Exclusiones, Sección de Transplante de Organos (si existe) y Enmiendas (si existen).

CONSIDERACION. Esta póliza es expedida en consideración a la solicitud (se adjunta una copia) y el pago de la prima inicial. Las primas deben pagarse en Dólares EUA.

COMIENZO DE COBERTURA. La cobertura para seguro se provee después que la solicitud ha sido revisada y aceptada, la póliza emitida y la prima ha sido pagada a la Compañía de acuerdo con el modo de pago especificado en el Certificado de Cobertura.

DERECHO A DEVOLVER LA POLIZA EN DIAZ DIAS. Si por alguna razón usted no está satisfecho con esta póliza, nos la puede devolver dentro de los 10 días después de recibida. Puede devolvérsela a nosotros o al agente que se la vendió. Entonces le reembolsaremos cualquier prima pagada y la póliza será considerada nula, como si no se hubiera emitido.

FECHA DE VIGENCIA. Esta póliza comienza a las 12:01 a.m. Hora Estándar de su residencia en la Fecha Efectiva de la Póliza mostrada en el Certificado de Cobertura. Termina, sujeta al período de gracia, a las 12:01 a.m. el día de pago de cualquier prima de renovación.

NOTA IMPORTANTE SOBRE DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. Por favor, revise la copia de su solicitud, que es parte de esta póliza. Verifique que ninguna historia médica haya sido omitida. Escríbanos dentro de 10 días si alguna información se muestra incorrecta o incompleta. Notifique a la Compañía si ha ocurrido algún cambio en su salud en el tiempo desde que la solicitud fué completada y la fecha de origen de esta póliza. Esta póliza se expide en base de que las respuestas a todas las preguntas son correctas y completas. Cualquier omisión o declaración incorrecta pudiera causar que una reclamación válida sea rechazada.

Firmada a favor de AmFirst Insurance Company Ltd. en sus oficinas administrativas en Jackson, Mississippi.

Secretario

Presidente

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO

La Compañía promete pagarle a Usted, el Asegurado, los beneficios previstos por esta póliza cuando la Persona Asegurada haya: a) sufrido una Lesión Física o b) sufra una Enfermedad. Todos los beneficios están sujetos al Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Provisiones de la Póliza, Definiciones de la Póliza, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, Endosos y Enmiendas.

CONSIDERACION

Esta póliza es emitida en consideración de la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas deben ser pagadas en Dólares EUA. El pago de la prima inicial no constituye una aceptación automática de la solicitud, ni la admisión en el plan de seguro. La aceptación de un solicitante se basa en el criterio de aseguramiento de la Compañía. En caso de que una solicitud sea rechazada, la responsabilidad de la Compañía está limitada a notificación por escrito al solicitante y el reembolso total de la prima inicial.

COMIENZO DE COBERTURA

La cobertura de seguro se provee después que la solicitud haya sido revisada y aceptada, la póliza expedida, la prima haya sido pagada a la Compañía de acuerdo con el modo de pago especificado en la página del Certificado de Cobertura, y la(s) Persona(s) Asegurada(s) haya(n) satisfecho la Provisión de Actividad.

DERECHO A DEVOLVER LA POLIZA EN DIEZ DIAS

Si por alguna razón usted no está satisfecho con esta póliza, puede devolverla dentro de diez (10) días después de recibirla. Debe devolvérsela a nosotros por correo, o al agente que se la vendió. Entonces la Compañía le reembolsará cualquier prima pagada y la póliza será considerada nula, como si no se hubiera emitido.

FECHA DE VIGENCIA

Esta póliza comienza a las 12:01 a.m. Hora Estándar de su residencia en la Fecha Efectiva de la Póliza mostrada en el Certificado de Cobertura. Termina, a las 12:01 a.m. en la fecha de cualquier renovación de la prima.

NOTA IMPORTANTE SOBRE DECLARACIONES EN LA SOLICITUD.

Por favor, revise la copia de su solicitud, que forma parte de esta póliza. Verifique que ninguna historia médica haya sido omitida. Escribanos dentro de los diez (10) días de recibirla si alguna información se muestra incorrecta o incompleta. Esta póliza es emitida en base de que las respuestas a todas las preguntas son correctas y completas. Cualquier omisión o declaración incorrecta pudiera causar que la Compañía rechace beneficios, endose o enmiende, o rescinda la cobertura de Persona(s) Asegurada(s).

Presidente

AmFirst Insurance Compay

Provisiones de la Póliza

ADMINISTRACION DE LA POLIZA

Las Provisiones de la Póliza, el Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Solicitud para Cobertura, Definiciones de la Póliza, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas y cualesquiera Enmiendas o Endosos adjuntos al contrato, constituyen el contrato completo entre las partes. La versión en inglés será la oficial y sus términos mantendrán el control. La Compañía podrá cambiar los procedimientos administrativos mediante notificación por escrito.

AUTORIDAD

Ningún agente, corredor, o persona alguna, tiene autoridad para cambiar la póliza o desistir de alguna de sus provisiones. Ningún cambio en la póliza será válido a menos que esté aprobado por escrito por un oficial de la Compañía y dicha aprobación sea endosada en la póliza, o por enmienda firmada por un oficial de la Compañía.

PAGO DE RECLAMACIONES

La Compañía hará todos los pagos de reclamaciones directamente al Asegurado. El someter una reclamación fraudulenta será razón para que la Compañía cancele la póliza.

REGISTRANDO UNA RECLAMACION

Una reclamación debe ser presentada dentro de veintiún (21) días del comienzo de una Incapacidad, por teléfono, dirección electrónica, facsimile, o por escrito, a la Compañía, a la dirección de su administrador, **Morgan-White Administrators International, Inc.** (la dirección, número de teléfono, número de facsimile y dirección electrónica se encuentran en la página 11 de esta póliza), o a una oficina de reclamaciones designada por la Compañía en su area local. **La falta de notificar una reclamación dentro de veintiún (21) días del comienzo de Incapacidad invalidará su reclamación.** Al recibir su notificación de dicha Incapacidad, la Compañía le proveerá una planilla de reclamación para registrar prueba de la pérdida. La planilla de reclamación debe ser completada y devuelta a Morgan-White Administrators International Inc. dentro de veintiún (21) días de su fecha de envío. Los beneficios pagaderos bajo esta póliza por cualquier pérdida serán pagados a usted cuando la Compañía haya substanciado la pérdida y serán pagados en Dólares EUA.

SUBROGACION

En caso de que usted sufra una pérdida como resultado de negligencia o responsabilidad de otra persona, la Compañía tiene el derecho a recuperar y ser reembolsada por cualquier pago que haya hecho a su favor, hasta que usted haya recuperado el costo parcial o total de la tercera persona culpable por dicha pérdida. Este derecho es conocido como subrogación. La Compañía tiene el derecho a proceder,

asumiendo los costos, a nombre de la Persona Asegurada, contra terceras personas que pueden ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o de proveer indemnidad o beneficios similares a los de este seguro. La Compañía tiene plenos derechos a subrogación.

EXAMENES FISICOS

La Compañía, asumiendo los costos, tendrá el derecho y oportunidad de que un médico examine a cualquier Asegurado cuya lesión física o enfermedad sea la base de una reclamación, cuando y tan a menudo como sea razonablemente requerido mientras la reclamación esté pendiente. El Asegurado hará accesible todos los reportes y archivos médicos a la Compañía y, cuando se le requiera, firmará todas las planillas de autorización necesarias para dar a la Compañía un historial médico total y completo. La negación de su médico u hospital a facilitar todos los reportes médicos y archivos disponibles a la Compañía, pudiera causar que una reclamación válida sea negada, o el caso cerrado, debido a la falta de comunicación o respuesta insuficiente por parte de los proveedores médicos del Asegurado.

DISPUTAS Y ACCIONES LEGALES

Las partes acuerdan que cualquiera y todas las disputas, reclamaciones, o controversias que surjan de, o estén relacionadas con esta póliza, o supuesta violación, si no se resuelven por las partes, serán sometidas a arbitraje final y obligatorio. Dicho arbitraje se conducirá en la Ciudad de Jackson, Mississippi, EUA, de acuerdo con la Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación de Arbitraje Americana, y su enjuiciamiento o cualquier concesión rendida en dicho arbitraje puede ser registrada en cualquier corte estatal o federal de dicha ciudad. Dicho arbitraje será el único remedio para cualquier disputa, reclamación o controversia de esta póliza. Las notificaciones en conexión con dicho arbitraje y proceso en cualquier proceso judicial relacionado, puede ser servido por entrega personal o correo registrado a la oficina central de la Compañía, y al asegurado a la dirección más reciente que aparezca en los archivos de la Compañía, con el mismo efecto que si se hubiera entregado personalmente, enviado por correo registrado o via courier en dicha ciudad. El asegurado debe registrar su petición para arbitraje con la Compañía dentro de ciento ochenta (180) días del evento que ocasionó la disputa, reclamación o controversia entre las partes. **La falta del Asegurado de enviar dicha notificación a la Compañía dentro del período de ciento ochenta (180) liberará a la Compañía de toda responsabilidad en la disputa, reclamación o controversia.** La responsabilidad de la Compañía en dicho arbitraje estará limitada a la cantidad que los árbitros determinen se deben bajo esta póliza, con los intereses y costos del procedimiento de arbitraje, si hay alguno, que los árbitros determinen. En ningún momento la Compañía será responsable por daños fuera del contrato, ya sean de representación, sin limitación, como consecuencia, como

ejemplo, punitivos o daños legales, o por cualquier disputa, reclamación o controversia relacionada con esta póliza.

ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para esta póliza, usted debe:

- 1) ser menor de 55 años de edad
- 2) no ser residente permanente o residente permanente defacto de los EUA, y
- 3) debe llenar los requisitos de la Provisión Activa y Requerimiento de Fecha Vigente de esta póliza.

Esta póliza no está disponible a residentes de los Estados Unidos de América y no ha sido registrada ni aprobada por ninguna autoridad regulatoria de seguros en los Estados Unidos de América.

BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD

Las cantidades del Beneficio Mensual por Incapacidad pagaderas bajo este seguro se muestran en la solicitud para cobertura y en la página del Certificado de Cobertura. Los Beneficios Mensuales por Incapacidad están sujetos a las Provisiones de la Póliza, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Definiciones de la Póliza, y Exclusiones Específicas de esta póliza.

PERIODOS SUCESIVOS DE INCAPACIDAD

Durante un período de Incapacidad, la Compañía considerará dicha Incapacidad como continua si otros Accidentes o Enfermedades causaran dicha continuidad. Un período continuo de Incapacidad concluye cuando la Persona Asegurada ya no es considerada Incapacitada. Los períodos de Incapacidad sucesivos se considerarán como un solo período de Incapacidad a menos que sean debidos a causas no relacionadas, o separadas por un tiempo en el cual la Persona Asegurada puede realizar tres o más de las Actividades de la Vida Diaria. Un Período de Eliminación separado se aplicará en cada período de Incapacidad separado.

BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PAGADOS EN UNA SOLA SUMA

Si la Compañía ha pagado a la Persona Asegurada el Beneficio Mensual por Incapacidad durante el Período Máximo de Beneficio y a la terminación de dicho Período Máximo de Beneficio la Persona Asegurada permanece Incapacitada como resultado del mismo Accidente o Enfermedad, entonces la póliza pagará a la Persona Asegurada el Beneficio en una Sola Suma igual a cien (100) veces el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado por la Persona Asegurada en la solicitud para cobertura. (Ejemplo: si el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado por la Persona Asegurada es \$5,000, después de estar continuamente incapacitado durante treinta y seis (36) meses, esta póliza pagará una Suma Total de Beneficio de \$500,000. Vea la Terminación de Beneficios Mensuales por Incapacidad al cumplir la Persona Asegurada 65 años de edad.

TERMINACION DE LOS BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD

Los Beneficios Mensuales por Incapacidad cesarán para la Persona Asegurada en lo primero de:

- 1) la fecha en que la Persona Asegurada ya no está Incapacitada.
- 2) la fecha en que la Persona Asegurada muera.
- 3) el Período Máximo de Beneficio se haya agotado.
- 4) la Compañía determine que se ha cometido una representación falsa.
- 5) la prima no haya sido pagada.
- 6) **La fecha del aniversario de la póliza después que la Persona Asegurada cumple sesenta y cinco (65) años de edad.**

Si una Persona Asegurada Incapacitada llega a los sesenta y cinco (65) años de edad y los Beneficios Mensuales de Incapacidad terminaron antes de pagarse los treinta y seis (36) meses consecutivos, no se pagará la Suma Total de Beneficios.

PROVISION DE ACTIVIDAD

La Persona Asegurada debe estar físicamente activa en la Fecha de Vigencia programada para cobertura. Si la Persona Asegurada no llena la Provisión de Actividad de la póliza, la cobertura no se hará vigente hasta el momento en que la Persona Asegurada esté físicamente activa.

LEY GOBERNANTE

Cualquier asunto relacionado con la interpretación de esta póliza, incluyendo asuntos relacionados con las representaciones del Asegurado en conexión con la solicitud para cobertura o seguro de esta póliza, será resuelto de acuerdo con las leyes de Bermuda.

TERMINACION DE LA POLIZA

Esta póliza terminará al suceder lo primero de:

1. El Asegurado primario cumple sesenta y cinco (65) años de edad.
2. El Asegurado primario renuncia a esta póliza.
3. El fallecimiento del Asegurado Primario y los dependientes deciden no continuar con la póliza.
4. Falta de pagar la prima de esta póliza
5. Todos los beneficios mensuales bajo esta póliza han sido pagados y todos los Beneficios de Suma Total han sido pagados.
6. Cuando las Reclamaciones pagadas igualan o exceden el Beneficio de Valor Acumulado de esta póliza.
7. El fallecimiento del Asegurado primario, en cuyo caso dicho Beneficio de Valor Acumulado (si existe) se pagará a su herencia o beneficiario.

ELIMINACION

Si cualquier provisión de esta póliza resultara ser inaplicable,

dicha provisión será considerada eliminada del resto de las provisiones de esta póliza, y las provisiones remanentes estarán y permanecerán en plena vigencia y efecto.

CONDICIONES DE RENOVACION

Esta póliza es un contrato anual, que hasta su terminación puede ser renovado en la fecha del aniversario según se expone a continuación:

- 1) si ninguna de las partes notifica la cancelación al menos un mes antes de la renovación.
- 2) la prima ha sido pagada a la Compañía antes de la fecha de vencimiento, y
- 3) ninguna condición de esta póliza ha sido violada por el Asegurado.

La Compañía, mediante un corredor asignado, ofrecerá renovar esta póliza con tarifas y términos prevalentes al momento para la clase del Asegurado.

Dicha oferta puede ser aceptada con el pago de la prima de renovación dentro de treinta (30) días de la fecha de renovación. Al recibir el pago de cada renovación, un nuevo Certificado de Cobertura será emitido como evidencia de que el seguro está vigente. Si estas condiciones no son cumplidas, la póliza será terminada.

La Compañía acuerda que ninguna Persona Asegurada será penalizada independientemente con cancelación de la póliza, ni aumento de tarifa, debido a una pobre historia de reclamación. Cualquier cancelación de póliza o aumento de tarifa será enforzada por clase de Asegurado y no a Asegurados individualmente.

PAGO DE BENEFICIOS POR PERDIDA DE USO

Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso Accidental se pagarán de la forma siguiente:

Las cantidades de beneficios pagaderas bajo esta póliza por Pérdida de Uso Accidental serán iguales a los Beneficios Mensuales por Incapacidad seleccionados en la Solicitud para Cobertura que aparecen en el Certificado de Cobertura. Los Beneficios Mensuales por Incapacidad y por Pérdida de Uso están sujetos a los Términos, Condiciones, Provisiones de la póliza, Definiciones y Exclusiones de la póliza.

La Compañía pagará los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso bajo esta póliza cuando la Persona Asegurada sufra una Pérdida de Uso como se define. El Beneficio Mensual por Pérdida de Uso es pagadero después que la Persona Asegurada haya satisfecho el Período de Espera y el Período de Eliminación de noventa (90) días. Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso no excederán los Beneficios Mensuales Máximos por Incapacidad mostrados en el Certificado de Cobertura, y dichos pagos no excederán el Período Máximo de Beneficio por Pérdida de Uso de treinta y seis (36) meses. Bajo ninguna circunstancia los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso excederán US\$5,000, aún si el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado en la póliza y mostrado en el Certificado es mayor de US\$5,000. **(Ejemplo:** Si una

Persona Asegurada selecciona un Beneficio Mensual por Incapacidad de US\$7,000, el Beneficio Máximo Mensual por Pérdida de Uso puede ser sólo US\$5,000.

PROVISIONES PARA REINSTAURACION

Si esta póliza es terminada porque una prima no se pagó al final del Período de Gracia, usted puede solicitar la restitución de esta póliza en cualquier momento hasta que la primera prima esté pendiente de pago por noventa (90) días. A fin de restablecer esta póliza, tres requerimientos deben ser cumplidos:

1. usted debe presentar una solicitud para restitución con evidencia de ser asegurable; y
2. la Compañía debe aprobar la solicitud para restablecimiento; y
3. usted debe enviar la cantidad total de las primas adeudadas.

Si la Compañía aprueba la solicitud para restitución, esta póliza será restablecida en la fecha de aprobación y la póliza no cubrirá:

1. enfermedades que se manifiesten dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de restablecimiento; y
2. cualquier condición excluida por nombre o descripción. En todos los otros aspectos, usted y la Compañía tendrán los mismos derechos que tenían establecidos bajo la póliza inmediatamente antes de la fecha de deuda de la prima sin pagar, sujeto a cualesquiera provisiones endosadas o adjuntas en conexión con la restitución.

BENEFICIO DE VALOR ACUMULADO – PAGO DE BENEFICIO

El Beneficio de Valor Acumulado se pagará al cumplir las siguientes condiciones:

1. Usted cumple sesenta y cinco (65) años de edad.
2. Usted abandona la póliza después de la fecha del Décimo Aniversario.
3. Usted fallece después de la fecha del Décimo Aniversario.
4. Usted deja de pagar la prima requerida para mantener esta póliza vigente después de la fecha del Décimo Aniversario.
4. La póliza termina después de la fecha del Décimo Aniversario.

BENEFICIOS DE VALOR ACUMULADO – RECLAMACIONES

Si se incurre una reclamación en una fecha en que el Beneficio de Valor Acumulado fuera pagadero, aún si es reportado o adjudicado, la Compañía:

1. pagará la reclamación y reducirá la cantidad de la Reclamación Pagada del Beneficio de Valor Acumulado.
2. pagará el Beneficio de Valor Acumulado y reducirá la cantidad del Beneficio del Valor Acumulado de la Reclamación.
3. pagará el Beneficio de Valor Acumulado si la reclamación no es pagadera basada de los términos de la póliza..

DEFINICIONES DE LA POLIZA

Las siguientes provisiones y definiciones aplican a esta póliza:

1. **ACCIDENTE/ACCIDENTAL** significa cualquier evento súbito e inesperado que ocurra durante el período de la póliza, que resulte en lesión física independiente de enfermedad o enfermedad corporal, la causa o una de las causas sea externa del cuerpo de la víctima y que ocurra fuera del control de la víctima.
2. **PROVISION DE ACTIVIDAD** significa que la Persona Asegurada es capaz de realizar todas las Actividades de la Vida Diaria.
3. **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** significa actividades usadas para medir los niveles de la capacidad funcional personal. Estas actividades se realizan sin Asistencia de otro individuo, permitiendo independencia personal en la vida diaria. Las seis Actividades de la Vida Diaria son:
 - a) **Continencia** la habilidad de controlar voluntariamente la función intestinal o de la vejiga o, en caso de incontinencia, la habilidad de mantener un nivel de control razonable.
 - b) **Mobilizarse:** la habilidad de sentarse y levantarse de una silla o cama sin equipos, tales como caminadores, muletas o barras de sostén, o cualquier otro aparato de soporte.
 - c) **Vestirse:** ponerse, quitarse, ajustar o zafarse ropa y ropa interior, e implementos especiales, tales como miembros artificiales o tablillas.
 - d) **Ir al Baño:** acomodarse o llegar a y salirse del inodoro o bidet, para mantener un nivel razonable de higiene personal y cuidado para con la ropa
 - e) **Alimentarse:** la habilidad de nutrir el cuerpo por cualquier medio, una vez que los alimentos hayan sido preparados y se le hayan servido.
 - f) **Bañarse:** la habilidad de bañarse por sí mismo, ya sea en bañera, ducha o con esponja, sin equipo o implemento de adaptación.
4. **SOLICITANTE** significa el individuo que completó la solicitud para cobertura.
5. **FECHA DEL ANIVERSARIO** significa la fecha de renovación de la póliza.
6. **ASISTENCIA** significa que usted requiere la presencia de otro ser humano para asegurarse que todas o parte de las Actividades de la Vida Diaria pueden ser realizadas o para asegurar su seguridad.
7. **LESION CORPORAL** significa una lesión física identificable que:
 - a) es causada por un Accidente, y
 - b) es única e independiente de cualquier otra causa, excepto enfermedad, o tratamiento médico o quirúrgico que resulta directamente necesario por dicha lesión, que ocasiona la Incapacidad de la Persona Asegurada dentro de los doce (12) meses de la fecha del Accidente.
8. **COMPAÑIA** significa AmFirst Insurance Company.
9. **RECLAMACIONES PAGADAS** significa la suma total de Reclamaciones Pagadas por una Incapacidad según se define en esta póliza.
10. **CLASE** significa la clasificación de todas las pólizas del mismo tipo, incluyendo pero no limitada a: deducibles, fecha de inicio de la póliza, edad, grupo, área geográfica, o una combinación de todo.
11. **PAIS DE RESIDENCIA** significa el País de Residencia Defacto del Asegurado. El País de Residencia debe estar declarado en la planilla de la solicitud. Si el Asegurado cambia su País de Residencia, debe notificar su Nuevo País de Residencia inmediatamente a la Compañía. La falta de esta notificación puede resultar en la invalidación o terminación de cobertura.
12. **MONEDA:** todos los pagos relacionados con esta póliza son en Dólares EUA a menos que se haya establecido de otra manera.
13. **PAIS DE RESIDENCIA DE FACTO:** significa el país declarado en la solicitud, pero si un Asegurado se encuentra en otro país durante ciento ochenta (180) días consecutivos o más, el país más reciente se convertirá en su País de Residencia Defacto. Esta póliza terminará si el país de residencia de cualquier Asegurado cambia a los Estados Unidos de América, y la cobertura de cualquier Dependiente terminará si el País de Residencia Defacto de dicho Dependiente se convierte en los Estados Unidos.
14. **DEPENDIENTE(S):** significa las siguientes personas:
 - a) El cónyuge del Asegurado Principal.
 - b) Cualesquiera de los siguientes califican como Dependientes del Asegurado Principal:
 1. Hijos solteros
 2. Entenados solteros
 3. Hijos adoptivos solteros del Asegurado Principal o cónyuge del Asegurado Primario.
 4. o hijos solteros de quienes el Asegurado Primario o el cónyuge del Asegurado Primario es guardián legal.

15. **INCAPACIDAD / INCAPACITADO** Significa incapacidad que previene totalmente a la Persona Asegurada de poder conducir cualesquiera tres (3) de las seis (6) **Actividades de la Vida Diaria**.
16. **PERIODO DE ELIMINACION** significa un período de días consecutivos en que una Persona Asegurada está continuamente Incapacitada antes que el Beneficio Mensual por Incapacidad sea pagadero. El Beneficio Mensual de Incapacidad no es pagadero durante el Período de Eliminación. La duración del Período de Eliminación se muestra en la Tabla de Beneficios. El Período de Eliminación comienza en el primer día de Incapacidad que ocurre después de la Fecha de Vigencia de esta póliza y si el Período de Espera, si es aplicable, ha sido satisfecho.
17. **CONTRATO TOTAL** significa todos los documentos, incluyendo la solicitud para cobertura, la Póliza, Provisiones de la Póliza, Definiciones de la Póliza, las Condiciones Generales, las Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, y cualesquiera Enmiendas o Endosos.
18. **EVIDENCIA DE ASEGURAMIENTO** significa que la Persona Asegurada debe firmar una solicitud sobre su historia médica, que incluye autorización a la Compañía para obtener información sobre la salud de la Persona Asegurada.
19. **PERIODO DE GRACIA:** significa ese período de tiempo después que la póliza vence por falta de pago de la prima, durante el cual el Asegurado puede continuar su cobertura cuando el Administrador recibe el pago total de las primas. La Compañía permitirá un Período de Gracia de treinta (30) días para primas pagadas anualmente y semi-anualmente y diez (10) días para primas pagadas mensualmente.
20. **ACTIVIDADES PELIGROSAS O DEPORTES PELIGROSOS:** significa cualquier actividad o deporte que requiera destreza física o mental, a veces de naturaleza competitiva, que expone al participante a cualquier peligro o riesgo inevitables con falta de predictabilidad, aun cuando el peligro o riesgo sea amenudo previsible. Ejemplos de actividades o deportes peligrosos incluye, pero no están limitados a: montañismo, alpinismo, rodeo, corridas de toros, cualquier tipo de deporte de aviación, cavación y espeleología, navegando en balsa o canoa en aguas con rapidez en exceso de grado 5, paracaidismo, aeronáutica, deslizamiento, prácticas de velocidad, carreras en motocicletas, deportes de motor o competencia, buceo a profundidad de más de 30 metros, boxeo, jockey, saltos, polo, participación en cualquier deporte extremo, o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
21. **ENFERMEDAD:** significa desorden de salud de la Persona Asegurada que primero se manifiesta durante el período en que la póliza está vigente y es causante de la Incapacidad de la Persona Asegurada dentro de doce (12) meses después que se manifiesta por primera vez.
22. **RECLAMACIONES INCURRIDAS** significa que una reclamación se considera Incurrida cuando todas las condiciones necesarias para recibir beneficios bajo esta póliza han sido cumplidas por el Asegurado.
23. **LESION** significa daño corporal que no es auto-infligido, sino causado por un Accidente que ocurre después que la póliza está vigente.
24. **ASEGURADO(S) o PERSONA(S) ASEGURADA(S)** significa el individuo para quien se ha completado una solicitud, o en el caso de Dependientes, esos individuos cuyos nombres han sido declarados en la planilla de solicitud, y para quienes el comienzo de cobertura ha sido confirmado por la Compañía en el Certificado de Cobertura, a quienes se emitió una póliza, y para los cuales se ha pagado la prima.
25. **BENEFICIO DE INCAPACIDAD EN SUMA TOTAL** significa la cantidad de beneficio pagada a la Persona Asegurada después que los Beneficios Mensuales de Incapacidad pagados a la Persona Asegurada hayan sido agotados. Este beneficio es igual a cien (100) veces el BENEFICIO MENSUAL DE INCAPACIDAD establecido en el Certificado de Cobertura.
26. **PERDIDA DE USO** significa la pérdida total e irreparable del Uso de una Mano, Pié, Brazo o Pierna de una Persona Asegurada y dicha pérdida se considera permanente y causada a una Lesión Accidental. Con referencia a los Ojos, significa la pérdida irreparable de la vista en ambos Ojos de una Persona Asegurada y dicha pérdida es considerada permanente debido a una lesión Accidental.
27. **PRIMA ORIGINAL** significa la prima anualizada en vigencia para esta póliza. La Prima Original no incluirá aumentos de prima o de beneficios que puedan ocurrir en la fecha de vigencia de la póliza o después. La Prima Original se ajustará para cualquier reducción de beneficio que pueda ocurrir en la fecha de vigencia de la póliza o después.
28. **BENEFICIO MENSUAL DE INCAPACIDAD** significa la cantidad de beneficio pagado mensualmente a una Persona Asegurada Incapacitada que ha cumplido los Períodos de Eliminación y de Espera, según establecido para cada Persona Asegurada en el Certificado de Cobertura. El número máximo de Beneficios Mensuales pagadero por Incapacidad es treinta y seis (36).

29. **PERIODO MAXIMO DE BENEFICIO** significa el más largo período pagadero durante un período de Incapacidad, ya sea por una o más causas. El Período de Beneficio Máximo comienza al final del Período de Eliminación. Nunca se pagarán Beneficios Mensuales de Incapacidad después de terminarse el Período de Beneficio Máximo, aun si la Persona Asegurada se mantiene Incapacitada.
30. **FECHA DE PAGO** significa el día en que el pago de la póliza debe ser pagado, según establecido en el Certificado de Cobertura.
31. **MEDICO o DOCTOR:** significa una persona licenciada para ejercer medicina y cirugía como doctor en medicina, que actúa dentro del campo de su profesión y hasta donde alcanzan los beneficios proveídos.
32. **AÑO POLIZA** significa un período de doce (12) meses consecutivos, comenzando en la fecha de vigencia de la póliza.
33. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES:**
Significa cualquier condición o consecuencia relacionada con una condición médica, la cual (1) se manifiesta antes de la fecha de vigencia de la póliza o sus reinstauraciones, que fué diagnosticada por un médico antes de la fecha de vigencia de la póliza o su restitución; o (2) por la cual se le recomendó o recibió consejo médico o tratamiento de un médico antes de la fecha de vigencia de la póliza; o (3) cualquier síntoma obvio que, si consultado con un Médico, hubiera resultado en diagnóstico.

Hay dos tipos de Condiciones Pre-Existentes:

- (a) **DECLARADAS AL LLENAR LA SOLICITUD:**
Las Condiciones Pre-Existentes Declaradas, a menos que estén específicamente excluidas por endoso o enmienda a la póliza, están cubiertas después de 24 meses de cobertura continua bajo esta póliza, o por el período de tiempo declarado en la página de la Tabla de Beneficios de esta póliza, el que sea más largo. (Vea la Exclusión Específica 5 de la Póliza).

(b) **NO DECLARADAS AL LLENAR LA SOLICITUD.** La Compañía se reserva el derecho a asegurar personas consideradas en buena salud y sean un buen riesgo moral. Las Condiciones Pre-Existentes no declaradas impiden a la Compañía de realizar la evaluación de riesgo apropiada. Consecuentemente, las Condiciones Pre-Existentes no declaradas no están cubiertas y pudieran resultar en el rechazo de una reclamación médica y/o en la cancelación o rescisión de esta póliza. (Vea Exclusión Específica 6 de la Póliza.)

34. **DECIMA FECHA DE ANIVERSARIO** significa la fecha en que esta póliza ha estado vigente por diez años consecutivos. La Fecha del Décimo Aniversario será en el mismo día del año de la fecha efectiva de la póliza.
35. **PERIODO DE ESPERA** significa el espacio de tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia de la Póliza y termina noventa (90) días después. No se pagará reclamación por enfermedad que se manifieste y cause Incapacidad a un Asegurado durante este tiempo, durante la vida de esta póliza (vea Exclusión Específica 11).
36. **NOSOTROS** significa la Compañía
37. **USTED o SU** significa el Asegurado, Persona Asegurada o Dependiente.

CONDICIONES GENERALES

1. Esta Póliza, incluyendo las Provisiones de la Póliza, Definiciones de la Póliza, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, el Certificado de Cobertura, la Tabla de Beneficios, Enmiendas o Endosos, y la solicitud escrita para cobertura, constituyen el contrato completo y debe leerse todo como un solo contrato. Cualquier palabra o expresión a la cual se haya aplicado un significado específico en cualquier parte de esta Póliza, debe entenderse con ese significado específico dondequiera que aparezca.
2. El Asegurado, incluyendo a cualquier persona a quien aplique este seguro, en todo momento deberá tomar precauciones razonables para prevenir accidentes, pérdidas o lesiones.
3. Si las circunstancias en las cuales el seguro fué basado cambiaran materialmente, esta póliza será cancelable.
4. La plena observación de los términos, condiciones y limitaciones de esta póliza en cuanto a sus regulaciones y su cumplimiento por el Asegurado, y la certeza de las declaraciones y respuestas en dicha solicitud, serán condiciones precedentes a cualquier responsabilidad de la Compañía para hacer cualquier pago bajo esta póliza.
5. Si cualquier reclamación bajo esta póliza resultara ser fraudulenta en cualquier forma o si se usaran artificios, ya sea por el Asegurado o por cualquier persona actuando en su favor bajo esta póliza, todos los beneficios serán perdidos. Si algún proveedor de servicios médicos o medicamentos anteriores rehusara proporcionar los archivos médicos pasados del Asegurado después de presentársele la autorización del Asegurado para inspeccionar esos archivos, todos los beneficios bajo esta póliza serán invalidados y la póliza anulable. La Compañía se reserva el derecho a determinar si tiene información suficiente para basar la validez de cualquier reclamación sometida, y la responsabilidad de proveer todos los archivos médicos a la Compañía descansará en el Asegurado.
6. La póliza será anulada e invalidada a menos que la Compañía sea notificada de cualquier cambio del País de Residencia Defacto del Asegurado dentro de treinta (30) días del cambio. Todos los términos y condiciones están sujetos a revisión al cambiar el País de Residencia Defacto.
7. El Beneficio de Valor Acumulado proveído por esta póliza es pagadero sólo una vez durante todo el tiempo en que la póliza esté vigente.
8. El representante legal de un Asegurado tendrá el derecho a actuar a favor de un Asegurado incapacitado o fallecido.
9. En caso de que la Compañía cancele o en alguna forma invalide esta póliza debido a la falta del Asegurado de declarar una historia médica pasada o Condiciones Pre-Existentes, la Compañía se reserva el derecho a recobrar del Asegurado todos los costos y honorarios incurridos en investigar razonablemente esos asuntos no declarados totalmente. La recuperación puede ser lograda de cualquier manera legal, incluyendo la deducción de esos costos y honorarios de cualquier prima de otra forma sin usar del Asegurado.
10. Si un Asegurado o el Asegurador cancela la póliza después de emitida, el Asegurador reembolsará la porción sin usar de la prima, menos los cargos de póliza y cualquier gasto pagado. La porción sin usar de la prima se basa en el número de días correspondientes al modo de pago, menos los días en que la póliza estuvo vigente. Los gastos de póliza incluyen comisiones, manejo de reclamaciones y cargos administrativos.
11. Es condición de esta póliza que el Asegurado debe firmar y fechar la autorización médica a la Compañía cuando presenta una reclamación para su consideración. La autorización médica facilita a la Compañía el obtener archivos médicos de cualquier proveedor. De no hacerlo, resultará en la pérdida de todos los beneficios pagaderos por una reclamación sometida por el Asegurado.
12. Cualquier Asegurado cubierto bajo esta póliza no puede cobrar beneficios de ambos Beneficio Mensual por Incapacidad y/o el Beneficio Mensual por Pérdida de Uso. El máximo beneficio mensual pagadero bajo esta póliza es la cantidad declarada en el Certificado de Cobertura. (Ejemplo: Si un Asegurado selecciona un Beneficio Mensual por Incapacidad de US\$7,000, el Beneficio Mensual por Pérdida de Uso Accidental se limitará a US\$5,000. Si un Asegurado sufre un Accidente y pierde el uso de sus piernas, estaría calificado para el Beneficio Mensual por Incapacidad y podría recibir US\$7,000 por mes después de completar el Período de Eliminación. Sin embargo, si el Asegurado perdió el uso de una mano, no calificaría para el Beneficio Mensual por Incapacidad y por lo tanto recibiría el Beneficio Mensual por Pérdida de Uso de US\$5,000 por mes después de satisfacer el Período de Eliminación.
13. Los beneficios pagaderos de acuerdo a los terminos y provisiones de esta cobertura, cesarán cuando muera el Asegurado, el cual, para proposito de esta cobertura, se define como el momento en que cese la funcion cerebral de la persona y el daño sea irreversible.

EXCLUSIONES GENERALES

La Compañía no será responsable por ninguna reclamación o beneficio, o consecuencia, ya sea directa o indirecta, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida a, procedente de, o como resultado de, o que surja en conexión con:

- (I) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones guerreras (con guerra declarada o no) o guerra civil.
- (II) Motín, disturbio, huelga, sublevación militar o civil, insurrección, rebelión, revolución, golpe militar o usurpación de poder.
- (III) Cualquier acto de cualquier persona actuando a favor de, o en conexión con cualquiera organización con actividades dirigidas hacia el derrocamiento por fuerza de un gobierno establecido o defacto, o influenciando al mismo con terrorismo o violencia.
- (IV) Ley Marcial o estado de sitio o cualesquiera eventos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio (de ahora en adelante llamada "Ocurrencia" para propósito de esta Exclusión).
- (V) La comisión o intento de cometer una ofensa criminal, o provocar un asalto.
- (VI) Cualquier acto de terrorismo.
- (VII) Cualquier contaminación radioactiva.

(VIII) Nuclear/Químico/Biológico

La Compañía y el Asegurado acuerdan que, si importar causa(s) contribuyente(s), este seguro no cubre ninguna reclamación en ninguna guerra, causada o contribuida por un acto de guerra o terrorismo que envuelva el uso o liberación, o amenaza de ninguna arma o dispositivo nuclear, o agente químico o biológico.

Para propósito de esta exclusión, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de fuerza o violencia, y/o la amenaza de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea actuando individualmente o a favor de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), inspirados por ideologías políticas, religiosas, o propósitos o razones similares, incluyendo la intención de influenciar cualquier gobierno y/o atemorizar a cualquier sección del público.

Cualquier consecuencia que suceda o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o cualesquiera otras), sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por o contribuida por, relacionada con, que surja de, o en conexión con, alguna de las mencionadas ocurrencias, será considerada como una consecuencia por la cual la Compañía no será responsable bajo esta póliza, excepto hasta donde el Asegurado pueda probar que dicha consecuencia sucedió independientemente de la existencia de dichas condiciones anormales.

En cualquier proceso, pleito legal u otro procedimiento donde la Compañía alegue que por razón de estas exclusiones cualquier consecuencia no está cubierta por la póliza, la responsabilidad de probar que dicha consecuencia está cubierta, será del Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS

Cualquier reclamación o beneficio relacionado a lo siguiente o sus consecuencias derivadas, no están cubiertas bajo esta póliza:

1. Tratamiento de enfermedades mentales, demencias, enfermedad de Alzheimer's, trastornos psiquiátricos, psicológicos o de comportamiento de ninguna clase, y mantenimiento en un sanatorio mental.
2. Todas las Actividades Riesgosas y Deportes Peligrosos. Esto no incluye deportes vacacionales normales, tales como esquiar o snorkel. Sin embargo, basado en la "Regla del Hombre Prudente," la Compañía rechazará reclamaciones cuando se determine que riesgo o negligencia fueron un factor. Otros deportes serán también excluidos cuando envuelven un alto riesgo debido a inexperiencia, falta de cuidado o conocimiento de condiciones excesivamente peligrosas.
3. Lesión corporal sufrida bajo la influencia o incapacidad, debido todo o en parte a los efectos de licor o drogas intoxicantes, o con un nivel de alcohol de 100 mg. por ciento o más en la corriente sanguínea, que no sean ingeridas de acuerdo a tratamiento prescrito por un médico, o cuando la Persona Asegurada haya sido diagnosticada como alcohólica.
4. Reclamaciones relacionadas con una lesión auto-infligida voluntariamente o suicidio.
5. Cualquier Condición Pre-Existente declarada, defecto físico, enfermedad, condición médica, crónica o recurrente, que existía al iniciarse la Póliza, o dentro de dos (2) años de la fecha de inicio de la Persona Asegurada en este seguro.
6. Ninguna reclamación relacionada con Condiciones Pre-Existentes no-declaradas está cubierta durante la vida de esta póliza.
7. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente de cualquier muerte, lesión física, enfermedad, gasto u otras responsabilidades atribuibles al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o enfermedades del VIH, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier derivado mutante o variaciones del mismo, de cualquier forma causada.
8. Cualquier reclamación presentada después de la fecha de terminación de la póliza, que resulta de accidentes o enfermedades ocurridas durante el período de la póliza.
9. Cualquier reclamación que surja del tratamiento al Asegurado de una lesión física o enfermedad, por la cual la persona por quien se presenta la reclamación no está bajo atención regular de un médico, o que no están autorizados o prescritos por un médico.
10. Un Asegurado siendo tratado o bajo el cuidado de un miembro familiar.
11. Cualquier Enfermedad que primero se manifieste durante los primeros noventa (90) días después de iniciar a cualquier Persona Asegurada en este seguro, no está cubierta durante la vida de la póliza.
12. La Persona Asegurada involucrada en viaje aéreo, excepto como pasajero en una aeronave de múltiples motores y alas fijas.
13. Cualquier reclamación relacionada con cualquier Enfermedad, Accidente, Lesión Corporal, o la inhabilidad de realizar tres (3) de las seis (6) Actividades de la Vida Daria, causada por, o contribuida por exceso de peso o la condición conocida como obesidad.
14. El Asegurado envuelto o tomando parte en los servicios u operaciones de las fuerzas armadas.
15. Cualquier reclamación que no sea notificada a la Compañía dentro de veintiún (21) días del inicio de la Incapacidad.
16. Cualquier disputa, reclamación o controversia para la cual el Asegurado no registre una solicitud para arbitraje dentro de ciento ochenta (180) días de la fecha del evento que causó la disputa, reclamación o controversia.
17. Cualquier reclamación para beneficios (ya sean Beneficios Mensuales por Disability o de una Suma Total), después de la fecha del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumple 65 años de edad.
18. Enfermedades como consecuencias de alcoholismo, abuso de drogas o adicción a cualquier sustancia, sin importar la causa, y sus consecuencias.

En caso de que una Persona Asegurada se Incapacite, debe notificarlo a las oficinas de Morgan-White Administrators International dentro de 21 días.

PARA INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES:

Escriba, llame, envíe facsimile o por internet a

Morgan-White Administrators International, Inc.
3191 Coral Way, Suite 704
Miami, FL 33145

Teléfono: (305) 442-0899

Fax: (305) 442-0961

Dirección Electrónica: intlclaims@morganwhite.com

NUMEROS PARA LLAMAR DURANTE FINES DE SEMANA, DIAS FERIADOS O SI FUERA DE LOS EUA:

Morgan-White Administrators International, Inc.

Lunes-Viernes 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Hora Este USA
Teléfono: (305) 442-0899

Después de Horas Laborables y Fines de Semana, llamar:
Teléfono: (305) 476-0022
Fax: (305) 442-0961