



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

This page left blank / esta pagina fue dejada en blanco intensionalment

Specimen

MEDIC-CARE INDIVIDUAL PLAN

TABLA DE BENEFICIOS

Cobertura	Mundial – basado en cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados en el país donde el tratamiento ocurra.
Elegibilidad	Aceptación hasta los 69 años de edad; estudiantes hasta los 24 años de edad como dependientes. Renovación vitalicia.
Cantidad Asegurada	Hasta US\$1,000,000 de cargos incurridos por Asegurado, por Año Póliza, con un máximo de US\$ 2,000,000 por Asegurado, por Vida. A los 70 años de edad la cantidad vitalicia se reducirá a US\$500,000 y el máximo por Asegurado, por Año Póliza se reducirá a US\$500,000.
Deducible Anual por Póliza	Selección de: US\$500; US\$1,000; US\$2,000; US\$3,000; US\$5,000
Co-Aseguro	20% de los primeros US\$5,000 por Asegurado, si el tratamiento se realiza fuera de América Latina o el Caribe. Un aumento en el Co-Aseguro se aplicará a cualquier Asegurado que NO sea ingresado en un Hospital Super Especial. El Asegurado será responsable de un 50.00% adicional de los cargos cubiertos después que el Deducible y el Co-Aseguro sean aplicados. El Co-Aseguro no aplica en América Latina o el Caribe.
Período de Espera	120 días, con cobertura inmediata en casos de accidente y de enfermedades infecciosas.
	12 meses para cobertura de maternidad.
	El período de 120 días se elimina si existía una póliza internacional durante los 12 meses anteriores. La cobertura para esta eliminación se limitará al menor de los beneficios proveídos por esta póliza o por la previa.

Cobertura para Hospitalización: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos

Límites

El costo de habitación privada y comidas (150 días máximo por Año Póliza, sin exceder US\$400 por día. Todo Incluido)	US\$48,000* por Asegurado
El costo de habitación privada y comidas (120 días máximos por Año Póliza), SIN LIMITE DIARIO si es ingresado en un Hospital Super Especial, además de REDUCCION en el Deducible y el Co-Aseguro.	SIN LIMITE DIARIO Por Asegurado, si es ingresado en un Hospital Super Especial
El costo de cuidado intensivo incluyendo los honorarios medicos, medicinas, exámenes dispositivos y cualquier otro cargo incurrido (30 días máximos por Año Póliza, sin exceder US\$2,500 por día). El costo de cuidado intensivo incluyendo los honorarios medicos, medicinas, exámenes, dispositivos y cualquier otro cargo incurrido. SIN LIMITE DIARIO si ingresado en un Hospital Super Especial.	US\$75,000* por Asegurado SIN LIMITE DIARIO por Asegurado si ingresado en un Hospital Super Especial
* Esta cantidad representa el beneficio máximo pagadero si el Asegurado NO ES ingresado en un Hospital Super Especial. Este beneficio estará sujeto al Deducible y al Co-Aseguro.	
Los honorarios de médicos, cirujano, u otro especialista referido por un médico, mientras el Asegurado está hospitalizado.	US\$60.00 por consulta Una visita máxima por día
Los costos de cirugía, honorarios de anestesista, diálisis, pruebas de Laboratorio, Rayos-X, medicinas y dispositivos prescritos por un médico o especialista, administrados durante una hospitalización.	100% de lo Usual y Acostumbrado por Asegurado
Trastornos o Enfermedades Congénitas (Cobertura durante los primeros treinta y un (31) días). El costo de tratamiento relacionado con defectos de nacimiento, Trastornos Congénitos o Enfermedades hereditarias, condiciones hereditarias y nacimiento prematuro durante los primeros treinta y un (31) días después del parto, si nace bajo una Maternidad cubierta. No se aplica Deducible ni Co-Aseguro a este beneficio.	US\$10,000 Máximo Por embarazo, por Póliza
Trastornos o Enfermedades Congénitas (cobertura si el recién nacido es adicionado a esta póliza) Si el recién nacido nace bajo una maternidad cubierta, es adicionado a esta póliza durante los primeros treinta y un (31) días después del nacimiento para defectos del nacimiento, desórdenes congénitos o enfermedades o condiciones hereditarias son diagnosticadas y tratadas antes de que cumpla dieciocho (18) años. Vea Provisiones y Definiciones para adicionar al recién nacido a la póliza.	US\$ 10,000 por Asegurado por Vida
Trastornos o Enfermedades Congénitas: Los Trastornos o Enfermedades Congénitas están cubiertas si se manifiestan primeramente después de los dieciocho (18) años de edad del Asegurado, y mientras esté cubierto por esta póliza. Entonces se cubrirán como cualquier otra enfermedad.	US\$100,000 Por Asegurado Por Vida
Maternidad Costo de parto normal, incluyendo consultas pre-natales, nacimiento y cuidado post-natal: El parto por Cesárea está cubierto como una operación si es médicamente necesario: La Cesárea electiva está cubierta como un parto normal: La madre y el padre deben haber estado cubiertos continuamente por esta póliza al menos los 12 meses para ser elegibles para este beneficio. NO SE APLICARA DEDUCIBLE EN PARTO NORMAL El costo de complicaciones médicas para la madre solamente durante el embarazo y/o el parto:	US\$2,000 por embarazo US\$2,000 por embarazo US\$2,000 por embarazo US\$ 10,000 por embarazo
Cirugía Reconstructiva El costo de Cirugía Reconstructiva médicamente necesaria	US\$10,000 Por vida, por persona

Servicios Ambulatorios: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos

Cirugía Ambulatoria Costo de Cirugía Ambulatoria	Máximo US\$5,000 por póliza, por año
Otros Beneficios de Hospitalización y Ambulatorios: Servicios Ambulatorios no relacionados a una cirugía: Este beneficio pagará por cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados por Servicios Ambulatorios incurridos en la oficina del médico, laboratorios medicos, MRI, CAT Scan, Rayos-X, pruebas especializadas, o Sala de Emergencia en un hospital. Este beneficio no aplica para las prescripciones facultativas. Rehabilitación en una Institución Aprobada prescrita por un medico después de una hospitalización – US\$75.00 por visita (20 máximas por Año Póliza). Radiación o Quimioterapia administrada mientras esté hospitalizado o ambulatoria, si el tratamiento se realiza en una de las instituciones designadas por la Compañía. Radiación o Quimioterapia administrada mientras esté hospitalizado o ambulatoria, si el tratamiento NO se realiza en una de las instituciones designadas por la Compañía. Los costos de tratamientos ambulatorios seguido de una hospitalización Atención médica en el hogar: US\$250 por día (Máximo 30 días por año) Costo de un mamograma por Año Póliza para mujeres aseguradas (este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario) Costo de una prueba de PSA por año póliza para hombres asegurados (este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario) Recetas médicas cubiertas fuera del hospital si fueron primero prescritas durante una hospitalización o después de cirugía ambulatoria y durante un período de 6 meses después de dado de alta del hospital .	US\$1,500 Máximo por Póliza US\$1,500 por Asegurado HASTA LIMITES DE COBERTURA Por Asegurado US\$3,000 por mes, por Asegurado / US\$30,000 Máximo por Año Póliza US\$2,500 Máximo Por Póliza US\$7,500 por Asegurado US\$ 100 – No Deducible US\$ 100 – No Deducible 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado
Transporte de Emergencia El costo de Transporte Terrestre de emergencia incurrido necesariamente en conexión con los eventos cubiertos por este seguro, en el país donde el evento ocurra.	100%
El costo de Transporte Aéreo de emergencia y gastos relacionados para el transporte al centro más cercano donde existan las facilidades médicas adecuadas. (Debe ser médicamente necesario). La Compañía retiene el derecho a decidir el hospital al que la Persona Asegurada deba ser transportada. <i>Vea Provisiones y Definiciones de la póliza.</i>	US\$25,000 Máximo Por Persona, por Año
El costo de transportar el cadáver o cenizas de un Asegurado fallecido a su País de Residencia usual o País de Nacionalidad.	100%
Cobertura Temporal para Accidente Durante el proceso de emisión de la póliza, todos los Asegurados propuestos disfrutarán de cobertura de todos los gastos médicos causados por lesiones físicas accidentales. Este beneficio está sujeto al Deducible y al Co-Aseguro seleccionados. <i>Vea las Provisiones y Definiciones de la póliza.</i>	US\$25,000 Máximo Por Póliza
Deducibles y Co-Aseguro 1. Deducible: El Deducible seleccionado se aplicará sólo una vez por póliza, por Año Póliza. El Deducible seleccionado se duplicará si la reclamación ocurre fuera de América Latina o el Caribe y no en un Hospital Super Especial 2. Co-Aseguro: Co-Aseguro de 20% se aplicará a los primeros US\$5,000 de cualquier cargo incurrido fuera de América Latina o el Caribe. 50% de Co-Aseguro se aplicará a cargos cubiertos fuera de América Latina o el Caribe no incurridos en un Hospital Super Especial, después que el Deducible y el Co-Aseguro hayan sido aplicados. El tratamiento de emergencia incurrido en cualquier lugar en el Mundo, excepto los EUA, su País de Residencia, América Latina o el Caribe, se pagará después del Deducible, al 80.00% de los cargos cubiertos o lo Usual y Acostumbrado, el que sea menor. Las reclamaciones que ocurran en un Hospital Super Especial recibirán una REDUCCION de hasta US\$1,000 en el Deducible y hasta US\$1,000 en el Co-Aseguro del Asegurado.	
Beneficios Adicionales 1. Para atención médica en un Hospital Super Especial, se proveen los siguientes beneficios adicionales: a) Reembolso de pasaje aéreo hasta un máximo de US\$500 si la atención se recibe en un Hospital Super Especial y la reclamación es pagadera de acuerdo a los beneficios de la póliza. b) Hasta 50% de descuento para tratamiento de Condiciones Pre-Existentes declaradas y excluidas en la póliza. 2. Tratamiento dental por accidente dentro de los 30 días de su ocurrencia. 3. Los niños de 0 a 10 años de edad NO pagan prima. 4. Descuento de US\$120.00 cuando dos o más asegurados adultos están cubiertos bajo la misma póliza. 5. Los medicamentos específicos o tratamiento usado como alternativa a una hospitalización, se cubrirán cuando sean aprobados por escrito y por adelantado por la Compañía. Para aprobación, una copia de la receta médica o tipo de atención médica debe ser sometida a la Compañía por adelantado. Los recibos originales desglosados deben acompañar cualquier reclamación presentada.	
Transporte Aéreo de Emergencia La Compañía, o su designado, retendrá el derecho a decidir el lugar para el tratamiento. Esta cobertura está sujeta a: 1- Que el Asegurado cumpla con las instrucciones de la Compañía o su asignado. 2- Que el tratamiento necesario no esté disponible en el país donde ocurra el evento.	
Pérdida de Uso por Accidente: Si el asegurado principal o cónyuge (si estuviese incluido en este certificado) pierde el uso de: 1) Una Mano, o 2) Un Pie, o 3) Un Brazo, 4) Una Pierna, o 5) Vista de Ambos Ojos debido a un accidente durante el tiempo que esta póliza estuvo vigente. <i>Vea Provisiones y Definiciones de la Póliza para detalle completos.</i>	US\$ 1,000 Máximo por Mes por 36 Meses, después una suma total de 30 veces el beneficio mensual

ADMINISTRACION DE LA POLIZA

La Póliza, Provisiones y Definiciones, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Solicitud para Cobertura, Sección de Transplante de Organos (si existe), y cualesquiera Enmiendas o Endosos adjuntos al contrato, constituyen el contrato completo entre las partes. La versión en inglés será la oficial y los términos de la versión en inglés mantendrán el control.

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 esté endosada en la póliza, o por enmienda firmada por un oficial de la Compañía.

REPRESENTATION

El corredor o agente que vendió esta póliza es el representante del Asegurado y actúa a su favor y no a favor de la Compañía o Morgan-White Administrators International, Inc. Ni la Compañía, ni Morgan-White Administrators International, Inc., pueden ser considerados responsables de ninguna circunstancia si el corredor o agente que vendió esta póliza deja ahora o en el futuro, de transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos de Morgan-White Administrators International, Inc. al Asegurado y, o cualquier documentación o fondos del Asegurado a Morgan-White Administrators International, Inc.

NOTIFICACION DE ATENCION MEDICA

- 1) El Asegurado debe comunicarse con el Administrador al menos quince días (15) antes de cualquier ingreso hospitalario, de acuerdo a lo estipulado en la pagina (4) de este documento relacionado al proceso de Pre-Certificación.
- 2) El Asegurado debe comunicarse con el Administrador al menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier atención médica de cirugía ambulatoria medicamente necesaria.
- 3) El Asegurado debe comunicarse con el Administrador durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de una hospitalización debido a una emergencia, de acuerdo a lo estipulado en la página (4) de este documento relacionado al proceso de Pre-Certificación.

Si el Asegurado dejara de comunicarse con el Administrador, será responsable del treinta por ciento (30.00%) de todos los gastos médicos y hospitalarios relacionados con la reclamación, además del Deducible y del Co-Aseguro, si son aplicables.

PAGO DE RECLAMACIONES

La Compañía hará todos los pagos de reclamaciones directamente al Asegurado. Si el Asegurado asignara los

beneficios de esta póliza a algún proveedor de servicios, el pago será hecho directamente a ese proveedor. Todos dichos pagos se harán de acuerdo con la Provisión de Cargos Cubiertos en la página siete (7), párrafo diez (10) de esta póliza. El someter una reclamación fraudulenta será razón para cancelación de la póliza por la Compañía.

PRE-CERTIFICACION PARA ADMISION HOSPITALARIA Y/O INGRESO AL HOSPITAL

Los ingresos hospitalarios deben ser Pre-Certificados

- a) En caso de ingreso al hospital, que no es de emergencia, el asegurado o el médico que lo ingresa debe contactar al Administrador con un mínimo de quince (15) días antes del ingreso al hospital para certificar la admisión basada en una necesidad médica probada.
- b) En caso de un ingreso de emergencia, el hospital al cual el Asegurado es admitido debe contactar al Administrador dentro de cuarenta y ocho (48) horas del ingreso o admisión, sin importar que el individuo haya sido dado de alta o no.

La falta de cumplimiento resultará en reducción de beneficios. (Vea la Exclusión Específica número 35.)

COORDINACION DE BENEFICIOS

La persona Asegurada no tiene derecho a recibir pagos duplicados de beneficios bajo esta póliza además de aquellos proveídos bajo cualquier beneficio de otro plan de seguro. Cuando exista otra póliza que provee beneficios también cubiertos por esta póliza, todas las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra póliza. Esta póliza sólo entonces proveerá beneficios que no excedan el 100% de la reclamación, cuando dichos beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido agotados.

PRUEBA DE RECLAMACION

Las pruebas de pérdidas deben ser enviadas por escrito a **Morgan-White Administrators International, Inc., 3191 Coral Way, Suite 704, Miami, Florida, 33145, USA**, o a una oficina de reclamaciones designada por la Compañía en su área local, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de dicha pérdida. La falta de someter prueba de una reclamación dentro de noventa (90) días de su ocurrencia servirá para invalidar la reclamación. Los recibos originales desglosados deben acompañar al formulario de reclamación de la Compañía. Las fotocopias de recibos no son aceptables. Las tasas de cambio de moneda usadas para pagos que no sean de dólares de los EUA se harán de acuerdo con las tasas de cambio vigentes al momento en que la reclamación, debidamente documentada, ocurrió. La Compañía puede cambiar los procedimientos administrativos mediante aviso por escrito.

RECHAZO A REPATRIACION

La Compañía y American Medical Services se reservan el derecho a repatriar a un Asegurado a su País de Residencia Defacto en consulta con el médico tratante. El negarse a cumplir con la solicitud de transferencia absolverá a la Compañía y a American Medical Services de cualquier responsabilidad y la cobertura cesará.

CANTIDAD ASEGURADA

El beneficio máximo bajo esta póliza durante cualquier Año Póliza es el declarado bajo la Cantidad Asegurada en la Tabla de Beneficios. En ninguna circunstancia una combinación de beneficios pagaderos bajo esta póliza puede exceder la Cantidad Asegurada establecida en la Tabla de Beneficios durante un Año Póliza.

SUBROGACION

En caso de que usted incurra en gastos médicos como resultado de negligencia, acto indebido o responsabilidad de otra persona, la Compañía tiene el derecho a recuperar y ser reembolsada por cualquier pago de reclamación que se haya hecho a su favor, hasta que usted haya recuperado el costo parcial o total de la tercera persona culpable por dichos gastos médicos. 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 puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proveer indemnización 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 licenciado examine a cualquier Asegurado cuya dolencia o enfermedad sea la razón de una reclamación, cuando y tan a menudo sea razonablemente requerido mientras una reclamación esté pendiente. La Compañía tendrá el derecho y oportunidad de requerir una autopsia en caso de muerte, cuando no sea prohibido por la ley o prácticas religiosas. El Asegurado hará accesible a la Compañía todos los reportes y archivos médicos y, cuando le sea requerido, 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 a la Compañía, pudiera causar que una reclamación válida sea rechazada o cerrada debido a falta de, o insuficiente respuesta 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 se relacionen

con esta póliza, o su supuesta violación, que no sean resueltas por las partes contratantes, será sometida a arbitraje final y obligatorio. Dicho arbitraje deberá ser conducido en la Ciudad de Hamilton, Bermuda, de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación de Arbitraje Americana, y el enjuiciamiento o cualquier concesión rendido en dicho arbitraje podrá ser archivado en cualquier corte estatal o federal en dicha ciudad. Dicho arbitraje será el único remedio para cualquier disputa, reclamación o controversia sobre esta póliza. Las notificaciones con respecto a dicho arbitraje y tramitación en cualquier proceso judicial relacionado, pueden ser servidas por entrega personal, o correo registrado o mensajero 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 hubieran entregado personalmente, enviado por correo registrado o por mensajero en dicha Ciudad. El Asegurado debe registrar la solicitud para Arbitraje a la Compañía dentro de ciento ochenta (180) días del evento que cause la disputa, reclamación o controversia entre las partes envueltas. **La falta del Asegurado de enviar dicha notificación a la Compañía dentro del período de ciento ochenta (180) días, relevará a la Compañía de todas y cada responsabilidad en la disputa, reclamación o controversia.** La responsabilidad de la Compañía en dicho arbitraje estará limitada a las cantidades especificadas en esta póliza, con los intereses y costos de los procedimientos 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, por cualquier disputa, reclamación o controversia que surja de, o esté relacionada con esta póliza.

ELEGIBILIDAD

Las personas y sus dependientes menores de sesenta y nueve (69) años de edad son elegibles para este seguro. Esta póliza no está disponible para ningún residente de los Estados Unidos de América que haya sido asignado un número de seguro social (Social Security). Esta póliza no ha sido registrada ni aprobada por ninguna autoridad reguladora de seguros en los Estados Unidos de América.

LEY GOBERNANTE

Cualquier asunto relacionado a la interpretación de esta póliza, incluyendo asuntos relacionados con la información del Asegurado en la solicitud para seguro, o la emisión de esta póliza, será resuelta de acuerdo a las leyes contractuales de Bermuda.

ELIMINACION

Si cualquier provisión de esta póliza no fuera ejecutoria, dicha provisión sera considerada eliminada de las provi-

siones remanentes de esta póliza y dichas provisiones remanentes estarán y permanecerán en plena validez y efecto.

COMIENZO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos se hacen pagaderos en la fecha de vigencia de la póliza, para costos de cualquier condición médica que resulte de accidente o enfermedades infecciosas. Ningún beneficio pagará los costos de cualquier otra condición médica que se manifieste dentro de ciento veinte (120) días de la fecha de vigencia de la póliza. La Compañía puede elegir eliminar esta provisión si había una póliza de seguro médico internacional válida con otra compañía para la persona Asegurada por un año continuo, con fecha de terminación de no más de treinta (30) días inmediatamente antes de la fecha de vigencia de esta póliza. Esto está sujeto al recibo de la póliza original anterior y verificación por escrito de la fecha de terminación de la póliza anterior de la compañía previa. Los beneficios pagaderos bajo esta provisión de la póliza estarán limitados al menor de los beneficios proveídos por esta póliza o la póliza anterior.

CONDICIONES DE RENOVACION

Esta póliza es un contrato anual el cual, hasta su terminación, puede ser renovado en la fecha del aniversario como se explica a continuación:

- (1) Si no se emite notificación de cancelación por cualquiera de las partes al menos un mes antes de la fecha de renovación.
- (2) la prima pagadera antes de la fecha de vencimiento ha sido recibida por la Compañía.
- (3) ninguna condición de esta póliza ha sido violada por el Asegurado.

La Compañía, mediante el corredor que le representa a Usted en Su País de Residencia, ofrecerá renovar esta póliza a tarifas y términos prevalentes en esa fecha para la Clase correspondiente del Asegurado. Como alternativa, usted puede renovar esta póliza por correo electrónico, visitando el sitio en el web de Morgan White Administrators International, Inc., en <www.morganwhite.com>. La renovación de esta póliza por correo electrónico se considera como completada en Bermuda.

Dicha oferta puede ser aceptada mediante el pago de la prima de renovación dentro de treinta (30) días, o diez (10) días si pagada por correo electrónico, de la fecha de renovación. Al pago de cada renovación, se emitirá un nuevo Certificado de Cobertura como evidencia de que el seguro está vigente.

La Compañía dispone que ninguna persona individual Asegurada será penalizada independientemente con cancelación de la póliza o aumento de la tarifa, debido a una historia pobre de reclamaciones. Las cancelaciones de pólizas o aumentos de tarifa se harán solamente por Clase de Asegurados y no individualmente.

BENEFICIO MENSUAL POR PERDIDA DE USO

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

Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso serán pagados por la Compañía a una Persona Asegurada cuando 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 el Beneficio Máximo por Pérdida de Uso mostrado en el Certificado de Cobertura, y dichos pagos no excederán el Período Máximo de Beneficio de treinta y seis (36) meses si una Lesión Accidental causara a una Persona Asegurada sufrir uno de los siguientes, dentro de trescientos sesenta y cinco (365) días después del Accidente:

Pérdida de Uso de:

- 1) Una Mano, o 2) Un Pie, o 3) Un Brazo, o 4) Una Pierna, o 5) Vista de Ambos Ojos.

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Desde el momento en que la solicitud y la prima total para esta póliza sean recibidas en la Compañía, hasta la fecha en que la póliza es emitida o, treinta (30) días a partir de la fecha de recibo de la solicitud, lo que suceda primero, la Compañía acuerda asegurar a todos los Asegurados propuestos por los gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental, hasta el beneficio máximo de US\$25,000 por póliza. Esta cobertura temporal de accidente está sujeta a y regulada por los respectivos términos, provisiones y exclusiones de la póliza que hubieran sido aplicables si la póliza hubiera estado en vigor en la fecha del accidente del propuesto Asegurado. Este beneficio está sujeto al Deducible y al Co-Aseguro para el plan, seleccionados por el propuesto Asegurado.

Este beneficio no aplica si la solicitud es rechazada por cualquier razón. Las lesiones sostenidas en un accidente mientras la solicitud está siendo evaluada, no puede ser la única razón para rechazar una solicitud.

PROVISIONES Y DEFINICIONES DE LA POLIZA

Las siguientes provisiones y definiciones aplican a esta póliza:

1. **ACCIDENTE:** significa cualquier evento repentino e inesperado que ocurre durante el período de la póliza, que resulta en lesión corporal independiente de enfermedad del cuerpo, cuya causa o una de las causas es externa al cuerpo de la víctima y ocurre fuera del control de la víctima.
2. **TODO INCLUIDO:** significa que este beneficio no se relaciona con otro beneficio de la Tabla de Beneficios. El beneficio máximo especificado es todo lo que aplicará a ese beneficio y todos los gastos incurridos se deducirán del máximo para el beneficio establecido.
3. **SOLICITANTE:** significa el individuo que ejecutó la solicitud para cobertura.
4. **HONORARIOS DE ANESTESISTA:** significa los cargos hechos por un anestesista durante un proceso quirúrgico o para control médico necesario de dolor.
5. **FECHA DE ANIVERSARIO:** significa la fecha de renovación de la póliza.
6. **CLASE:** significa la agrupación de todas las pólizas del mismo tipo, incluyendo, pero no limitada a: deducibles, fecha de inicio de la póliza, edad, grupo, área geográfica, planes, o una combinación de todos.
7. **QUIMIOTERAPIA:** significa el tratamiento de enfermedad mediante agentes químicos, primeramente aplicados al uso de químicos que afectan desfavorablemente al organismo causante, pero no dañan al paciente.
8. **CO-ASEGURO:** significa la porción de las facturas médicas que un Asegurado debe pagar cada Año Póliza. El porcentaje de Co-aseguro está especificado en la Tabla de Beneficios.
9. **TRASTORNOS O ENFERMEDADES CONGENTAS:** significa cualquier trastorno o enfermedad que existe al momento del nacimiento o antes, sin importar su causa, ya sea o no manifestado o diagnosticado al nacimiento, después del nacimiento, o años más tarde.
10. **CARGOS CUBIERTOS:** significa, a juicio de la Compañía, costos que no son excesivos por Servicios Cubiertos. La opinión se basará en una de los siguientes, o su combinación:
 - (1) un costo negociado, basado en servicios proveídos;
 - (2) un precio fijo por día; o
 - (3) el cargo Razonable y Usual (R&C) de proveedores que realizan servicios similares a los cubiertos.
 - (4) Las reclamaciones incurridas por el Asegurado en Hospitales de la Red (Network) serán reembolsadas a los precios negociados, pero los reembolsos nunca excederán las cantidades pagadas por el Asegurado.
11. **SERVICIOS CUBIERTOS:** Servicios que serán pagados cuando son rendidos por un proveedor que actúa dentro del campo de su licencia. A fin de considerar un servicio como cubierto, los costos deben ser incurridos mientras su cobertura está en vigencia.
12. **CIRUGIA COSMETICA:** significa cirugía realizada para reformar la estructura normal del cuerpo a fin de mejorar la apariencia y auto-estimación del paciente.
13. **PAIS DE RESIDENCIA:** 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 notificarlo a la Compañía inmediatamente. Lo contrario puede resultar en la invalidación o terminación de la cobertura.
14. **MONEDA:** significa que todos los pagos relacionados con esta póliza son en Dólares EUA, a menos que se haya establecido de manera diferente.
15. **CUIDADO DE CUSTODIA:** Atención que no requiere especialización.
16. **PAIS DE RESIDENCIA DE FACTO:** El país declarado en la solicitud, pero si un Asegurado se encuentra presente en otro país durante ciento ochenta (180) días consecutivos o más, ese país más reciente se convertirá en su país de Residencia DeFacto. Si el País de Residencia DeFacto se convirtiera en los Estados Unidos de América, el tratamiento para cualquier gasto médico cubierto debe ser administrado sólo en Hospitales Super Especiales de la Compañía. De necesitar una consulta con un médico general, el reembolso se hará hecho sólo si el médico es parte de la Red de Doctores de la Compañía. Si por alguna razón el tratamiento no es rendido en un Hospital Super Especial o por un Médico de la Red durante el tiempo en que su País de Residencia es los Estados Unidos de América, su Deducible Fuera del País se duplicará y se aplicará cincuenta por ciento (50%) de Co-Aseguro a todos los gastos médicos cubiertos.

17. **DEPENDIENTE(S):** significa las siguientes personas con cobertura mientras el contrato está vigente:

- a. El cónyuge del Asegurado Primario
- b. Cualquiera de los siguientes que califica como Dependiente(s) del Asegurado primario hasta llegar a la edad de dieciocho (18) años, a menos que sea(n) estudiante(s) a tiempo completo en un colegio o universidad acreditados, y entonces hasta los veinticinco (25) años de edad:

- 1. hijos solteros
- 2. hijastros solteros
- 3. hijos adoptivos solteros del Asegurado primario o de su cónyuge, desde lo primero de:
 - (a) la fecha de asignación con propósito de adopción, o
 - (b) La fecha de inicio de una orden judicial concediendo custodia del niño(a) para adopción.
- 4. o hijos solteros de quienes el Asegurado primario o su cónyuge es guardian legal.

La cobertura para un niño recién adoptado continuará durante treinta (30) días, a menos que la asignación sea interrumpida con anterioridad a la adopción legal y el niño sea retirado de la asignación. Para cobertura después de los treinta (30) días, usted debe solicitar a la Compañía que agregue al niño recién adoptado a la Póliza. Esto requiere llenar una solicitud y puede también requerir prima adicional. Debe solicitarlo a la Compañía dentro del período de treinta (30) días después de la asignación o registro de una orden judicial.

18. **SERVICIOS DIAGNOSTICOS:** significa que los procedimientos siguientes están cubiertos cuando son ordenados por un proveedor debido a síntomas específicos, para determinar una condición o enfermedad definida:

- a. radiología, ultrasonido, y medicina nuclear;
- b. laboratorio y patología; y
- c. EKG, EEG, y otros procedimientos médicos electrónicos para diagnóstico.

19. **DEDUCIBLE POR POLIZA:** significa una cantidad específica seleccionada por el solicitante que constituye su responsabilidad inicial en el momento que ocurre una pérdida. El Deducible seleccionado será aplicado por persona, por Año Póliza, de acuerdo con la Tabla de Beneficios.

20. **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.

21. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** significa el costo de tratamiento dental de emergencia y procedimientos necesarios para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos, que fueron perdidos o dañados en un accidente.

22. **TRANSPORTE DE EMERGENCIA:** significa la evacuación imperativa de un Asegurado a la institución médica más cercana para cuidado médico inmediato por ambulancia terrestre o aérea.

a) Transporte Terrestre/Ambulancia Terrestre:

El transporte y gastos relacionados para llegar al centro más cercano donde se encuentren facilidades médicas adecuadas por vehículo terrestre. Debe tomar lugar en el país donde ocurra el evento médico.

b) Transporte Aéreo/Ambulancia Aérea:

El transporte y gastos relacionados para llegar al centro más cercano donde se encuentren las facilidades médicas adecuadas. American Medical Services o el Administrador y la Compañía retienen el derecho a decidir el lugar a donde la persona asegurada debe ser transportada. Las siguientes provisiones aplican:

1) El transporte aéreo de emergencia debe ser considerado médicamente necesario y aprobado por el Administrador o American Medical Services. El transporte aéreo no será pagado a menos que sea aprobado por adelantado y coordinado por American Medical Services.

2) Médicamente necesario significa que el tratamiento no puede ser proveído localmente y el transporte por otros medios podría resultar en pérdida de la vida.

3) American Medical Services, el Administrador y la Compañía, no serán responsables por demoras o restricciones en los vuelos debido a condiciones del tiempo, problemas mecánicos, oficiales gubernamentales, o del piloto, debido a condiciones operacionales. La organización contratada para proveer el servicio debe ser diligente al seleccionar personas y equipos para rendir el servicio requerido. De usarse contratistas independientes, las organizaciones mencionadas anteriormente no serán responsables de ninguna negligencia o acto delictivo que resulte de dicho servicio. Si hubiera tratamiento disponible localmente, pero la persona Asegurada decidiera tratarse en otra parte, los costos de transporte serán responsabilidad de la persona Asegurada.

23. **EXPERIMENTAL E INVESTIGATIVO:** significa todos los servicios o suministros asociados con:

1) Tratamiento o evaluación diagnóstica que no son general y ampliamente aceptados en el ejercicio de la medicina en los Estados Unidos de América, o que no tienen evidencia de efectividad documentada en artículos de revisión de colegas en publicaciones médicas de los Estados Unidos de América. Para que

el tratamiento o evaluación diagnóstica se consideren válidos, dichas publicaciones deben indicar si son más efectivos que otros disponibles; o si menos efectivos que otros tratamientos o evaluaciones diagnósticas, son más a salvo o menos costosos;

2) Una medicina que no tiene aprobación para mercadeo de FDA (Food and Drug Administration); o

3) Un dispositivo médico que:

a. No tiene aprobación de mercadeo de FDA; o

b. Tiene aprobación de FDA bajo 21 CFR 807.81, pero no tiene evidencia de efectividad para el uso propuesto, documentado en artículos de revisión de artículos de colegas en publicaciones médicas de los Estados Unidos de América.

Para que el dispositivo sea considerado efectivo, dichos artículos deben indicar que es más efectivo que otros dispositivos disponibles para el uso propuesto; o si menos efectivo que otros dispositivos disponibles, son más a salvo o menos costosos.

La Compañía hará la decisión final de si el servicio o dispositivo es Experimental o Investigativo.

24. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** significa cualquier evento súbito e inesperado que ocurre durante un Año Póliza, que resulta en el Asegurado buscando Tratamiento de Emergencia como paciente en un Hospital. No hay cobertura para Tratamiento de Emergencia si el tratamiento necesario es resultado de una Condición Pre-Existente no-declarada, ni para tratamiento para el cual el Asegurado había buscado consejo médico durante los últimos doce (12) meses precedentes al Tratamiento de Emergencia o, en opinión de la Compañía, el Tratamiento de Emergencia es considerado innecesario.

25. **PERIODO DE GRACIA:** Significa ese período de tiempo después que la póliza caduca por falta de pago de la prima, durante el cual el Asegurado puede continuar cobertura al recibir el Administrador el pago total de la prima en deuda. La Compañía concederá un Período de Gracia de treinta (30) días para primas pagadas anual y semestralmente, y diez (10) días para primas pagadas mensualmente.

26. **TRANSPORTE TERRESTRE:** significa transporte de emergencia a un hospital en Ambulancia Terrestre.

27. **ACTIVIDADES RIESGOSAS O DEPORTES RIESGOSOS:** Significa cualquier actividad o deporte que requiera destreza física o mental, a menudo de naturaleza competitiva, que expone al participante a cualquier peligro inevitable o riesgo, con falta de predecibilidad, aun cuando el peligro o riesgo pueda

ser a menudo predecible. 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, 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 treinta (30) metros, boxeo, jockey, saltos, polo, participación en cualquier deporte extremo, o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

28. **HOSPITAL:** significa una institución que es un Hospital general para atención médica aguda de corto plazo, y que:

1. Es una institución legalmente licenciada;
2. Su razón primaria es proveer servicios diagnósticos y terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas lesionadas y enfermas, por o bajo la supervisión de médicos, por compensación de sus pacientes;
3. Tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor; y
4. Provee servicio de enfermería las 24 horas del día por, o bajo la supervisión de enfermeras licenciadas.
5. Está bajo supervisión constante de un médico.

Un hospital no es un balneario, hidroclínica, sanatorio, centro de rehabilitación, hogar de convalecencia u hogar para ancianos.

29. **RECLUSION HOSPITALARIA:** significa un ingreso o ingresos de un Asegurado como paciente por la noche en un hospital u hospitales para tratamiento. La readmisión a un hospital dentro de noventa (90) días de dado de alta de un hospital por la misma condición o relacionada con la misma, será determinada como continúa y que constituye una misma hospitalización.

30. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** significa tratamientos médicamente necesarios ordenados por un médico y administrados al Asegurado mientras está ingresado como paciente registrado en un hospital.

31. **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** significa aquellas enfermedades comunes y contagiosas causadas por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

32. **LESION:** significa una lesión física que no es autoinfligida, sino causada por un accidente que ocurre después que la póliza está vigente.

33. **INGRESADO:** significa un paciente ingresado bajo las órdenes de un médico para tratamiento en cama en un hospital por lo menos veinticuatro (24) horas continuas, no en un salón de emergencia.

34. **ASEGURADO(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 solicitud y para quienes el comienzo de cobertura ha sido confirmado por la Compañía en el Certificado de Cobertura, a quienes se ha emitido una póliza, y para quien la prima ha sido pagada.
35. **SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS-X:** significa los exámenes de laboratorio y radiográficos médicamente necesarios, y procedimientos de medicina nuclear usados para diagnosticar y tratar condiciones médicas. Los servicios de laboratorio y Rayos-X deben ser ordenados por un médico licenciado.
36. **PERDIDA DE USO:** significa la pérdida total e irre recuperable el Uso de una Mano, Pie, Brazo o Pierna de una Persona Asegurada, y dicha pérdida se considera permanente y causada por una Lesión Accidental. Con referencia a los Ojos, significa la pérdida irre recuperable de la vista en ambos Ojos de una persona Asegurada y dicha pérdida es considerada permanente debido a una lesión Accidental.
37. **MATERNIDAD:** significa tratamiento pre-natal, parto y tratamiento posterior para la madre **SOLAMENTE**. Los beneficios sólo aplican si la maternidad está cubierta en la Tabla de Beneficios y sólo para embarazos donde la fecha de nacimiento del niño o niños sucede por lo menos doce (12) meses después de la Fecha de Vigencia de la Póliza. El padre y madre del recién nacido deben estar ambos cubiertos continuamente bajo esta póliza por doce (12) meses antes del parto.
38. **COBERTURA DEL RECIEN NACIDO:** a) El recién nacido estará cubierto automáticamente durante los primeros treinta y un (31) días del nacimiento, si nace bajo una maternidad cubierta. b) Si el recién nacido durante una Maternidad cubierta es agregado a esta póliza después de los treinta y un (31) días, la Compañía requiere una solicitud y certificado de nacimiento y el pago apropiado de la prima. Si la solicitud y la prima adicional no se reciben dentro de treinta y un (31) días del nacimiento cubierto, la cobertura del niño termina automáticamente.
39. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** significa tratamientos médicamente necesarios administrados al Asegurado cuando no está ingresado en un hospital por una noche, o en ninguna otra institución para cuidado médico. Los servicios ambulatorios incluyen servicios realizados en un centro quirúrgico ambulatorio o salón de emergencia.
40. **FECHA DE PAGO:** significa la fecha en que se debe pagar la prima de la póliza, según establecido en el Certificado de Cobertura.
41. **FARMACIA:** significa cualquier establecimiento licenciado por el estado en que opera para dispensar

medicamentos. En caso de que el establecimiento se encuentre fuera de los E.U.A., debe estar aprobado por las autoridades pertinentes de ese país.

42. **MEDICOS o DOCTORES:** 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. Médicos Asistentes o Cirujanos Asistentes son médicos que asisten en operaciones quirúrgicas, pero sólo cuando un asistente cirujano es médicamente necesario para esa operación y está limitado a lo menor de:
- (a) 20% de los honorarios Razonables y Habituales para el cirujano, o
 - (b) 20% del costo del procedimiento quirúrgico, o
 - (c) tarifas especiales establecidas para un área o país, y aprobadas por la Compañía
- La Compañía sólo pagará el máximo de un (1) médico o cirujano asistente.

Los honorarios de anestelistas están limitados a lo menor de los mismos costos mencionados para el cirujano asistente.

43. **AÑO POLIZA:** significa un período de doce (12) meses consecutivos, que comienza en la fecha de vigencia de la póliza.

44. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES: DECLARADAS AL LLENAR LA SOLICITUD:** Significa cualquier condición médica que se manifiesta antes de la Fecha de Efectiva del Certificado de Seguro o su Reinstalación. Si una condición pre-existente es propiamente declarada en la solicitud de seguro, y dicha condición no es excluida o restringida por una enmienda, dicha pre-existencia tendrá cobertura después de haber estado asegurado por (12) doce meses continuos.

Pre-existencias son cualquier Lesión o Enfermedad que reúna las siguientes características: 1) Cualquier condición que haya causado que una persona buscara atención médica, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico fue recomendado o recibido antes de la fecha de vigencia de esta póliza; 2) Cualquier condición la cual se manifestó, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluyendo medicamentos) fue recomendado o recibido antes de la fecha de vigencia de esta póliza; 3) Gastos de Embarazo dentro de los (12) doce primeros meses de fecha de vigencia de esta póliza.

Las siguientes enfermedades que existan, se manifiesten, sean tratadas o se les haya recomendado tratamiento antes de o durante los primeros (180) ciento ochenta días de efectiva la póliza, son consideradas pre-existencias y están sujetas al período de espera de pre-existencias y otras limitaciones descritas arriba: cualquier condición de los senos, cualquier condición de la próstata, desórdenes del sistema reproductor, o condiciones de la espalda o la columna. NOTA: Cobertura para estas enfermedades o cirugías pueden estar limitadas aun más de acuerdo al condicionado de pre-existencias o exclusiones de la póliza.

NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD: La Compañía se reserva el derecho de asegurar a personas consideradas en buen estado de salud y buen riesgo moral. Las condiciones pre-existentes no declaradas previenen a la Compañía de hacer una evaluación apropiada del riesgo. Por consecuencia, las Condiciones Pre-Existentes No declaradas no están cubiertas y pudieran resultar en la negación de una reclamación médica y la cancelación de esta póliza, o ambos. (Ver Exclusión 32 y Exclusión 43)

45. **PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS:** significa medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidos a la orden de un médico y no incluyen lo que pueda comprarse sin receta médica.
46. **PROTECCION CONTRA GASTOS MEDICOS INNECESARIOS:** significa que cuando la Compañía actúa basándose en las recomendaciones de la organización de revisión de no pagar por la atención y servicios que los consultores médicos deciden no fueron médicamente necesarios, es posible que el proveedor (hospital, médico, o ambos) traten de cobrar al Asegurado la porción sin pagar de la reclamación. Cuando esto sucede, la Compañía considerará al Asegurado inocente. Considerar al Asegurado inocente significa que si en una corte judicial se determina que las decisiones de la revisión de nuestra organización estaban incorrectas, la Compañía asumirá la responsabilidad de pago del Asegurado por la atención médica en disputa, menos los Deducibles o Co-aseguro y cargos no cubiertos por esta póliza.
47. **REINSTITAURACION:** Significa que después que el Período de Gracia se vence, la Compañía considerará su Reinstauración solamente después de recibir una solicitud para su Reinstauración y el pago de la prima desde la fecha de su terminación. La póliza reinstaurada sólo cubrirá aquellas pérdidas que resulten de lesiones sostenidas después de la fecha de Reinstauración, y enfermedad que se manifieste no menos de diez (10) días después de la fecha de Reinstauración. No se aceptará solicitud para Reinstauración si es recibida en la Compañía después de noventa (90) días o más, después que la póliza terminó debido a la falta de pago de la prima. La Compañía se reserva el derecho a solicitar información médica y a emitir cualquier enmienda o endoso, o ambos, que considere necesario.
48. **REQUERIMIENTO DE SEGUNDA OPINION QUIRURGICA:** Significa que si un cirujano calificado recomienda que una persona Asegurada se someta a un procedimiento quirúrgico que no es de emergencia, el Asegurado debe notificarlo al Administrador al menos
- setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. La Compañía se reserva el derecho a requerir que el individuo Asegurado obtenga una Segunda Opinión Quirúrgica, por la cual la Compañía pagará el 100% del costo. Los arreglos para dicha Segunda Opinión Quirúrgica los hará el Administrador a nombre de la Compañía. En caso de que la segunda opinión no sea afirmativa, la Compañía también pagará por una tercera opinión. Si la segunda o la tercera opinión confirma la necesidad de la cirugía propuesta, los beneficios para cirugía se pagarán de acuerdo a la Tabla de Beneficios, siempre y cuando la operación sea realizada por el cirujano original. Si la Compañía requiere una Segunda Opinión Quirúrgica para un procedimiento que no es de emergencia y se realiza cirugía electiva que no es de emergencia sin primero obtener una opinión de confirmación, los beneficios que cubren todos los cargos relacionados con la cirugía se reducirán por un mínimo del treinta (30%), o pudieran ser completamente rechazados.
49. **CIRUGIA RECONSTRUCTIVA:** significa cirugía realizada en estructuras anormales del cuerpo, causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedad. Generalmente se realiza para mejorar una función, pero puede hacerse también para aproximarse a una apariencia normal.
50. **RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (R&C - Reasonable and Customary)** significa:
1. **Razonable:** un cargo que se adhiere al criterio de **Acostumbrado** y que a juicio de la Compañía no es una cantidad excesiva por servicios o suministros similares, o un cargo que merece consideración especial debido a la complejidad del tratamiento en la opinión de la revisión de un comité o consultor.
 2. **Acostumbrado:** la cantidad cobrada por la mayoría de los proveedores en la misma área geográfica por servicios o dispositivos similares y que es proporcional al valor y mérito de servicios similares.
- Si, en ausencia de seguro, un proveedor acepta como pago total una cantidad menor que la Razonable y Acostumbrada (R&C), la cantidad menor será el máximo R&C. La Compañía pagará lo menor de la cantidad de cargos facturados o el Razonable y Acostumbrado (R&C).
51. **ENFERMEDAD:** Significa una enfermedad cuyos síntomas se manifiestan por primera vez durante la validez de la póliza.
52. **LA COMPAÑIA:** significa AmFirst Insurance Company Ltd.
53. **PERIODO DE ESPERA PARA PERDIDA DE USO:** 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.
54. **NOSOTROS o NUESTRO:** significa AmFirst Insurance Company Ltd.
55. **EL, SU, USTED, o FAMILIA:** significa el Asegurado Principal y/o cualquier Dependiente(s) incluido(s) en esta póliza.

Condiciones Generales

1. Esta Póliza, las Provisiones y Definiciones, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, el Certificado de Cobertura, la Tabla de Beneficios, Sección de Transplante de Organos (si existe), Enmiendas o Endosos, y la Solicitud escrita para cobertura de la Póliza, 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, deberá entenderse con ese significado específico dondequiera que aparezca.
2. El Asegurado, incluyendo a cualquier persona a quien este seguro aplique, 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 anulable.
4. La plena observación y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de esta póliza en cuanto a sus regulaciones y 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 métodos o artificios fraudulentos, ya sea por el Asegurado o por cualquier persona actuando en su favor bajo esta póliza, todos los beneficios serán invalidados. Si algún proveedor de servicios médicos o medicamentos anteriores rehusara, no desea, es incapaz, no puede localizar los archivos médicos pasados del Asegurado después de presentársele la autorización del Asegurado para su inspección, todos los beneficios bajo esta póliza serán invalidados y la póliza cancelable. La Compañía se reserva el derecho a determinar si tiene suficiente información para basar la validez de cualquier reclamación sometida, y la responsabilidad de proveer todos los archivos médicos a la Compañía caerá sobre el Asegurado.
6. Es condición de esta póliza que el Asegurado firme y ponga fecha a la planilla de autorización médica a la Compañía cuando presente una reclamación para consideración. La planilla autoriza a la Compañía para obtener archivos médicos de cualquier proveedor. La omisión de este paso, resultará en la pérdida de todos los beneficios que de otra forma serían pagaderos en una reclamación sometida por el Asegurado.
7. 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 los treinta (30) días siguientes al cambio. Todos los términos y condiciones están sujetos a revisión si cambiara el País de Residencia Defacto.
8. Ni la Compañía, American Medical Services, el Administrador, ni ninguno de sus agentes, serán responsables por la disponibilidad, resultado o calidad de cualquier atención médica, tratamiento o transporte, ni por la falta del Asegurado en recibir tratamiento médico.
9. El representante legal de un Asegurado tendrá el derecho a actuar por un Asegurado que está incapacitado o fallecido.
10. 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 no usada que de otra forma se debiera al Asegurado.
11. Si un Asegurado o la Compañía cancela la póliza después de emitida, la Compañía devolverá la porción sin usar de la prima, menos los honorarios y cualquier gasto pagado de la póliza. La porción sin usar de la prima se basa en el número de días correspondientes al modo de pago, menos el número de días que la póliza estuvo en vigencia. Los gastos de la póliza incluyen comisiones, manejo de reclamación y costos administrativos.
12. Los beneficios pagaderos de acuerdo a los terminos y provisiones de esta cobertura, cesarán cuando muera el Asegurado, el cual, para propósito de esta cobertura, se defina como el momento en que cese la función cerebral de la persona y el daño sea irreversible.

EXCLUSIONES GENERALES

La Compañía no será responsable por ninguna consecuencia, ya sea directa o indirecta, próxima o remotamente ocasionada por, contribuída por, ni conectada a, o como resultado de, o en conexión con:

- (I) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones guerreras (con guerra declarada o no), o guerra civil.
- (II) Motín, disturbios, huelgas, sublevación militar, 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 de facto, o influenciar 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) Terrorismo nuclear/químico/biológico en cualquier forma causado o contribuído por un acto de guerra o terrorismo que envuelva su uso o escape, o la amenaza de cualquier arma o dispositivo nuclear o químico, o agente biológico

Para propósito de esta exclusión, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo, pero sin limitar, el 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 in conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósito político, religioso, ideológico o similar, o razones que incluyen la intención de influenciar a cualquier gobierno y/o situar al público, o una sección del público bajo temor.

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 contribuída 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 acción, proceso legal u otro procedimiento en que la Compañía alegue que por razón de esta exclusión cualquier consecuencia no está cubierta por la póliza, la responsabilidad de probar que dicha consecuencia está cubierta, será del Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS

Cualquier tratamiento o medicamento, o consecuencias o costos relacionados con lo siguiente, no están cubiertos bajo esta póliza a menos que estén específicamente incluidos o cambiados en la Tabla de Beneficios:

1. Gastos de transporte de emergencia o de repatriación incurridos sin la aprobación previa de American Medical Services, la Compañía o el Administrador.
2. La cantidad del Deducible y del Co-aseguro seleccionados cuando se aplican por Año Póliza.
3. Tratamiento de enfermedades mentales, demencias, enfermedad de Alzheimer's, psiquiátricas, psicológicas, o trastornos de comportamiento y mantenimiento en un sanatorio mental.
4. Cirugía cosmética y tratamiento asociado.
5. Cualquier operación o tratamiento pendiente al momento de comenzar la cobertura.
6. Todas las actividades y deportes riesgosos. Esto no incluye deportes vacacionales normales, tales como esquiar o esnorkel. Sin embargo, basado en la "Regla del Hombre Prudente," rechazaremos reclamaciones cuando se determina que riesgo o negligencia fueron un factor. Otros deportes también serán excluidos cuando envuelven un alto riesgo debido a inexperiencia, falta de cuidado, o conocimiento de condiciones peligrosas.
7. Lesiones físicas sufridas bajo la influencia de, o incapacidad debidas total o parcialmente a los efectos de licor o drogas, (a menos que sea ingerido de acuerdo con tratamiento prescrito por un médico, pero no para el tratamiento de adicción a drogas), o con un nivel de alcohol sanguíneo de 100mg por ciento, o se encuentra por encima del límite legal de consumo de alcohol dentro del país o jurisdicción donde el evento ocurra.
8. Reclamaciones o tratamiento relacionados con una lesión auto-infligida a propósito.
9. Cualquier reclamación por tratamiento dental u ortodóntico, excepto en caso de Lesión Accidental a dientes sanos. Dicho tratamiento debe tomar lugar dentro de treinta (30) días del accidente.
10. Exámenes físicos de rutina, check-ups, exámenes generales y pruebas diagnósticas relacionadas. Esto incluye vacunas y mamografías profilácticas.
11. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente de la muerte, lesión, enfermedad, gasto o deuda atribuible al Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) o enfermedad de VIH, incluyendo el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), y sus derivados o variaciones mutantes, o ambos, sin importar la causa.
12. Tratamiento para el Síndrome de Fatiga Crónica o condiciones relacionadas incluyendo, pero no limitado a labor diagnóstica.
13. Tratamiento considerado de orientación Experimental o Investigativo, o que no está científica o médicamente reconocido por los estándares de los Estados Unidos incluyendo, pero no limitado a acupuntura y medicina homeopática.
14. Reclamaciones y costos de tratamiento médico incurrido después de la fecha de vencimiento de la póliza, que fueron causados por accidentes o enfermedades que ocurrieron durante el período vigente de la póliza.
15. Cualquier costo que surja de tratamiento al Asegurado por lesión física o enfermedad por la cual la persona para quien se presenta la reclamación no está bajo el cuidado regular de un médico calificado, o que no está autorizado o prescrito por un médico calificado.
16. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto al que el individuo tendría derecho de gratis.
17. Cualquier porción de un cargo que está en exceso de los costos Razonables y Usuales para ese servicio o suministro en particular en el área donde se incurre.
18. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, esterilización reversiva, cambio de sexo o implante, tratamiento de transformación sexual, malfuncionamiento sexual o sexo inadecuado.
19. Costo de embarazo fuera del matrimonio o cualquier tipo de aborto (y sus consecuencias) a menos que exista inminente peligro de muerte.
20. Inseminación artificial o tratamiento de o relacionado con infertilidad.
21. Cualquier gasto, servicio o tratamiento de cualquier forma de suplemento alimenticio o alimento para aumentar de peso (a menos que sean necesarios para sostener la vida de una persona críticamente enferma), o para cualquier programa de control de peso, incluyendo programas de ejercicio, ya sea por obesidad o cualquier diagnóstico, o por dieta, inyección de cualquier fluido, o uso de medicamentos o cirugía de cualquier clase.
22. Cuidado quiropráctico o podiátrico, incluyendo cuidado de los pies en conexión con callos, callosidades, pies planos, arcos débiles, pies débiles, o quejas sintomáticas de los pies, e insertos de zapatos de cualquier tipo.
23. Cualquier cargo causado por tratamiento, servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
24. Tratamiento por un miembro familiar.
25. Enfermedades que se manifiesten durante los primeros ciento veinte (120) días después del inicio de la Persona Asegurada en este seguro, no están cubiertas durante la vida de la póliza.
26. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente.
27. Exámenes de rutina de los ojos y oídos, refracción ocular, espejuelos, lentes de contacto, keratotomía radial o ayudas auditivas.

28. Servicios o tratamiento en cualquier institución de cuidado médico a largo plazo, balneario, hidroclínica, clínica para perder peso, instituciones de rehabilitación, sanatorios para descanso o cuidado de custodia, hogar de convalecencia u hogar para ancianos, que no es un hospital como se define en esta póliza.
29. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con transplantes de órganos humanos en exceso a la cantidad mostrada en la Tabla de Beneficios.
30. Cualquier reclamación relacionada con el transplante de órganos mecánicos, artificiales, o que no sean humanos.
31. Cualquier reclamación relacionada con la compra o alquiler de equipo médico duradero fuera de un hospital, incluyendo, pero no limitado a: sillas de ruedas, muletas, tanques de oxígeno y caminadores.
32. Todos los tratamientos relacionados con Condiciones Pre-Existentes No declaradas, no están cubiertos durante la vida de la póliza.
33. Tratamiento por cualquier condición secundaria a una condición ya excluida en la póliza.
34. Tratamiento o cargos relacionados con cualquier condición de la mandíbula o coyuntura mandibular, incluyendo, pero no limitado a anomalías de la mandíbula, y una condición conocida como "TMJ" o Síndrome Témporo-Mandibular
35. Cualquier tratamiento cubierto que exceda el 60% de los gastos Razonables y Acostumbrados si el ingreso en el hospital no fué pre-certificado por el Administrador.
36. Enfermedades como consecuencia de alcoholismo, abuso de drogas o adicción a cualquier sustancia, sin importar la causa, y sus consecuencias.
37. Cualquier tratamiento o atención médica relacionada con una lesión, enfermedad o accidente que ocurra durante el vuelo en un avión, excepto cuando viajando como un pasajero registrado en una nave comercial regular, operada por un piloto profesional licenciado comercialmente, en vuelos con itinerarios regulares entre aeropuertos.
38. Cualesquiera cargos que surjan de cualquier tratamiento, servicio o dispositivo que esté relacionado con el procedimiento conocido como transplante de órganos.
39. Cualquier reclamación que sea reembolsable por Responsabilidad del Empleador, Compensación Laboral o cualquier cobertura de Accidente Ocupacional.
40. Todos los costos relacionados con defectos de nacimiento, incluyendo condiciones hereditarias y trastornos o enfermedades congénitas, después de treinta y un (31) días después del nacimiento, a menos que esté incluido en esta póliza por endoso.
41. Cualquier reclamación que surja cuando el Asegurado o cualquier proveedor no provee archivos médicos pertinentes a la investigación de cualquier reclamación sometida.
42. Cualquier reclamación por maternidad de cualquier Dependiente que no sea la esposa de un Asegurado.
43. Cualquier Condición Pre-Existente declarada, defecto físico, enfermedad, condición médica, o enfermedad crónica o recurrente que existía antes de la fecha de comienzo del Asegurado en este seguro. Esta exclusion permanecerá en efecto hasta que el Asegurado haya estado continuamente asegurado bajo este plan por un (1) año, si la Condición Pre-Existente ha sido declarada en la solicitud para cobertura y no está excluida de cobertura.
44. Cualquier reclamación para beneficios (ya sean Beneficios Mensuales por Perdida de Uso o de una Suma Total), después de la fecha del aniversario de la póliza en que el Asegurado cumple setenta (70) años de edad.

ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS Y LOS SIGUIENTES SERVICIOS SON PROVEÍDOS POR:

American Medical Services

- 1. Información de Referencia Médica antes de Viajar:** American Medical Services facilitará al Asegurado Principal información médica, antes de viajar a países y regiones, incluyendo médicos locales multilingües y direcciones o números de teléfonos de hospitales, o ambos.
- 2. Asistencia e Información Médica Mundial las 24 horas al día:** Disponibilidad de cualquier Centro Médico de Emergencia mundial de American Medical Services, con personal médico multilingüe en servicio, con quienes puede comunicarse las veinticuatro (24) horas del día para evaluación y referencia. Las llamadas pueden ser hechas a cualquiera de los números listados para obtener los nombres de médicos o especialistas en cualquier área servida por American Medical Services.
- 3. Evacuación de Emergencia:** Cuando no hayan facilidades médicas adecuadas localmente, Morgan-White Administrators International Inc., o American Medical Services procurará evacuación de emergencia bajo supervisión médica constante por los medios que sean necesarios para proporcionar el cuidado adecuado en una institución capacitada.
- 4. Repatriación Supervisada Médicamente:** Cuando sea médicamente recomendable hospitalizar al Asegurado Primario cerca de su hogar, American Medical Services hará los arreglos apropiados para repatriación bajo supervisión médica.
- 5. Repatriación de Restos Mortales:** En caso del fallecimiento del Asegurado Primario, American Medical Services rendirá toda la asistencia posible para obtener permisos y arreglar el retorno de los restos mortales.
- 6. Información sobre Embajadas y Consulados:** American Medical Services ofrecerá al Asegurado Primario información para comunicarse con embajadas y consulados mundialmente.
- 7. Asistencia con Documentos Perdidos:** American Medical Services asistirá para obtener reemplazos si el Asegurado Primario pierde importantes documentos mientras viaja – e.g. pasaporte, tarjetas de crédito.
- 8. Acceso Legal:** Los Asegurados Primarios pueden llamar cualquier Centro de Control de American Medical Services para lograr acceso a abogados calificados disponibles durante horas regulares de trabajo. También asistirá para obtener fianzas en áreas donde dichas fianzas se emiten usualmente. El Asegurado Primario es responsable por los honorarios contraídos.
- 9. Asistencia con Reclamaciones:** American Medical Services asistirá a los Asegurados Primarios en coordinar procedimientos de reclamaciones en el extranjero con sus programas de seguro.
- 10. Arreglos para Viaje de Emergencia para Familiar:** American Medical Services coordinará viaje de emergencia para miembros de la familia que necesiten unirse al Asegurado Primario hospitalizado.
- 11. Retorno de Niños Menores:** Si niños menores son dejados desatendidos como resultado de un accidente, enfermedad o muerte del Asegurado Primario, American Medical Services coordinará el viaje de regreso en pasaje de economía para ellos a su lugar de residencia. Acompañantes asistentes calificados también serán proporcionados cuando se requieran.

NOTIFICACION DE RECLAMACIONES

En caso de que una Persona Asegurada sea hospitalizada debido a un accidente, debe notificarlo a las oficinas de Morgan-White Administrators International, Inc., dentro de cuarenta y ocho (48) horas, o tan pronto como sea razonablemente posible. Cualquier otro evento que pueda resultar en una hospitalización, debe ser Pre-Certificado por Morgan-White Administrators International, Inc., a fin de poder recibir todos los beneficios de la póliza.

PARA PRE-CERTIFICAR INGRESO HOSPITALARIO, VERIFICAR COBERTURA, REPORTAR UN ACCIDENTE, RECIBIR INFORMACION SOBRE MEDICOS Y HOSPITALES DE LA RED, O PARA INFORMACION DE RECLAMACIONES: Escriba, llame, fax o e-mail:

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

Teléfono: (305) 442-0899
Fax: (305) 442-0961
E-mail: intlclaims@morganwhite.com

NUMEROS DE TELEFONOS DE EMERGENCIA DURANTE FINES DE SEMANAS, DIAS FERIADOS O SI FUERA DE EUA, LLAMAR:

American Medical Services

Lunes-Viernes 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Hora Este de EUA
Teléfono: (305) 442-0899
Gratis en los EUA: 1 800 995-5335

Después de horas laborables y durante Fines de Semana, Llamar:

Teléfono: (305) 476-0022
Fax: (305) 442-0961