



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

PREFERRED MEDICAL PLAN

TABLA DE BENEFICIOS

| | |
|--------------------------------------|--|
| Cobertura | Mundial – basado en cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados en el país donde el tratamiento ocurra. |
| Elegibilidad | Aceptación de cualquier persona menor de 75 años de edad; estudiantes hasta los 24 años de edad como dependientes. |
| Cantidad Asegurada | Hasta US\$1,000,000 de gastos incurridos por Asegurado, por Año del Certificado. A los 70 años de edad la cantidad por Asegurado se reducirá a US\$500,000 por Año del Certificado. |
| Deducible Anual por Asegurado | Selección de: US\$500; US\$1,000; US\$2,000; US\$3,000; US\$5,000; US\$10,000; US\$25,000 |
| Co-Aseguro | 20% de los primeros US\$5,000 por Asegurado, si el tratamiento se realiza en los EUA, Canadá o Europa. Un aumento en el Co-Aseguro se aplicará a cualquier Asegurado que NO sea ingresado en un Hospital de la Red Elite. El Asegurado será responsable de un 30.00% adicional en cargos cubiertos después de aplicar el Deducible y el Co-Aseguro. Se aplicará un Co-Aseguro por accidentes y emergencias que sean tratadas fuera de su país de residencia y no en un Hospital de la Red Elite. El Asegurado será responsable por el 10% de los Cargos Cubiertos y el Deducible, como consta en el Certificado de Asegurabilidad. Este beneficio está limitado a un máximo de US\$100,000 y el Asegurado deberá de estar admitido a un Hospital por un mínimo de 48 horas para que este beneficio aplique |
| Período de Espera | 90 días, con cobertura inmediata en casos de accidente y de enfermedades infecciosas. |
| | 10 meses para cobertura de maternidad. (Este Período de Espera no se elimina aun si existía una póliza internacional antes de esta cobertura.) |
| | El período de 90 días se elimina si existía una póliza internacional durante los 12 meses anteriores. La cobertura para esta eliminación se limitará a lo menor de 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 (180 días máximo por Año del Certificado, sin exceder US\$800 por día) | US\$144,000* por Asegurado |
| El costo de habitación privada y comidas 180 días máximo por Año del Certificado), 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 habitación y comidas en el Hospital para uno de los padres cuando acompaña a un Asegurado menor de 18 años de edad. Máximo de US\$300 por día. | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado US\$54,000 Máximo por Año |
| El costo de cuidado intensivo (90 días máximo por Año del Certificado, sin exceder US\$2,000 por día). | US\$180,000* por Asegurado |
| El costo de cuidado intensivo (90 días máximo por Año del Certificado) SIN LIMITE DIARIO si está 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 habitación y comidas en el Hospital para uno de los padres acompañando a un Asegurado menor de 18 años de edad. Máximo de US\$300 por día. | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado US\$27,000 Máximo por Año |
| * Estas cantidades representan 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. | |
| El costo de cirugía, honorarios de anestésista; diálisis, pruebas de Laboratorio, Rayos-X, medicinas y dispositivos prescritos por un médico o especialista, administrados mientras el Asegurado esté registrado como paciente interno en un hospital. | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado por Asegurado |
| Maternidad En el país de residencia El costo de parto normal, incluyendo consultas pre-natales, parto y cuidado post-natal: El parto por Cesárea está cubierto como una operación si es médicamente necesaria: La Cesárea electiva está cubierta como un parto normal: La madre y el padre deben haber estado continuamente cubiertos por este certificado no menos de 10 meses para ser elegible para este beneficio. Costo de parto como resultado de inseminación artificial: NO SE APLICARA DEDUCIBLE A CERTIFICADOS CON DEDUCIBLES DE HASTA US\$1,000 | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado US\$ 6,000 por embarazo US\$10,000 por embarazo US\$ 6,000 por embarazo US\$ 5,000 por embarazo |
| Trastornos o Enfermedades Congénitas (Cobertura durante los primeros treinta y un (31) días). El costo de tratamiento relacionado con defectos de nacimiento, Trastornos o Enfermedades Congénitas, condiciones hereditarias y nacimiento prematuro durante los primeros treinta y un (31) días después del parto, si nace bajo una Maternidad cubierta. | US\$30,000 Máximo Por embarazo |
| Trastornos o Enfermedades Congénitas (Cobertura si el recién nacido es agregado a esta póliza) Para el recién nacido en una maternidad cubierta que es agregado a esta póliza dentro de los treinta y un (31) días del nacimiento por defectos de nacimiento, trastornos o enfermedades congénitas, o condiciones hereditarias diagnosticadas y tratadas antes de los dieciocho (18) años de edad. Vea las Provisiones y Definiciones para agregar a un recién nacido a esta Póliza. | US\$250,000 Por Asegurado Por Vida |
| Trastornos o Enfermedades Congénitas Los Trastornos o Enfermedades Congénitas están cubiertos si se manifiestan primeramente después de los dieciocho (18) años de edad del Asegurado respectivo, y mientras esté cubierto por esta póliza. Entonces se cubrirán como cualquier otra enfermedad. | Hasta el Beneficio Anual Maximo de la póliza |
| Cuidado Médico en el Hogar: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos | |
| El costo de atención médica en el hogar por un enfermero(a) licenciado(a). Debe ser aprobado por American Medical Services antes de recibir cualquier servicio –US\$300 (Máximo de 30 días por año) | US\$9,000 Máximo, Todo Incluido Por Asegurado |

Rehabilitación: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos

| | |
|---|---|
| El costo de rehabilitación médica prescrita por un médico, en un centro aprobado por American Medical Services antes de recibir el tratamiento, después de una hospitalización cubierta –US\$400 por visita. Todo incluido. (Máximo de 30 días por año) | US\$12,000 Máximo Todo Incluido, por Asegurado |
|---|---|

Beneficios Ambulatorios en Hospital o Clínica: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos

| | |
|--|--|
| El costo de tratamiento en salón de emergencia debido a un Accidente o Enfermedad, por Asegurado: | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado |
| El costo de tratamiento dental de emergencia debido a un Accidente después de una hospitalización cubierta y dentro de las 72 horas de suceder dicho Accidente, por Asegurado: | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado |

Cargos Ambulatorios No Hospitalarios: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos

| | |
|--|--|
| Cirugía Reconstructiva Costo de Cirugía Reconstructiva, medicamento necesaria como paciente externo. | US\$15,000 de por vida por Asegurado |
| Cirugía Ambulatoria El costo de Cirugía Ambulatoria en un Hospital, Clínica o consultorio médico | 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado por Asegurado |

Otros Beneficios Ambulatorios No Hospitalarios:

| | |
|--|---|
| - El costo de consulta con un Médico o Psiquiatra – US\$80 por visita (máximo de 30 por Año del Certificado): | US\$2,400 Máximo, por Asegurado |
| - El costo de tratamiento de Quiroprácticos o Fisioterapeutas –US\$70 por tratamiento (máximo de 30 por Año del Certificado): | US\$2,10 Máximo, por Asegurado |
| - El costo de CAT scans, MRI scans, y Ecocardiograma: | US\$700 por Examen, por Asegurado |
| - El costo de Endoscopia; i.e. Gastroscopía, Colonoscopia y Cistoscopia: | US\$700 por Examen, por Asegurado |
| - El costo de una Mamografía por Año del Certificado para las mujeres Aseguradas (Este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario): | US\$150 –No Deducible |
| - El costo de un examen PSA por Año del Certificado para los hombres Asegurados (Este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario): | US\$150 - No Deducible |
| - El costo de Rayos-X: | US\$400 por Examen, por Asegurado |
| - Pruebas de Laboratorio: | US\$400 por Examen, por Asegurado |
| - Radiación o Quimioterapia administrada durante una hospitalización o tratamiento ambulatorio, si es administrado en una de las instituciones asignadas por el Administrador: | HASTA LIMITES DE COBERTURA Por Asegurado |
| - Radiación o Quimioterapia administrada durante una hospitalización o tratamiento ambulatorio si NO es administrado en una de las instituciones asignadas por el Administrador: | US\$5,000 por mes todo Incluido US\$60,000 Máximo por Certificado, por Año |
| - El costo de un examen general de salud. Este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario del Certificado y aplica para el asegurado principal y su esposa/a solamente: | US\$200 Máximo por Certificado, por Año No aplica deducible |
| - El costo de prescripciones médicas prescritas por un Doctor a un Asegurado: | US\$500 por Asegurado |
| - Dialisis por fallo renal | 100% de lo Usual y Acostumbrado por Asegurado |

Transplantes de Organos Humanos: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos

| | |
|---|---|
| Los costos de procedimientos realizados para Transplante de Organos No cubre el costo de transporte o mantenimiento del órgano. | US\$500,000 Máximo por Asegurado Todo Incluido |
|---|---|

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 ocurra el evento. | 100% |
| El costo de Transporte Aéreo de emergencia y gastos relacionados (ver al final) para el transporte al centro más cercano donde existan las facilidades médicas adecuadas. (Debe ser médicamente necesario). El Administrador retiene el derecho a decidir el hospital al cual se transportará a la persona Asegurada. <i>Vea Provisiones y Definiciones del Certificado para detalles completos.</i> | 100% |
| 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 del Certificado, todos los Asegurados propuestos recibirán cobertura para todos los gastos médicos incurridos causados por lesión física accidental. Este beneficio está sujeto al Deducible y el Co-Aseguro seleccionados. <i>Vea la página 7 del Certificado para detalles completos.</i> | US\$25,000 Máximo Por Certificado |
|---|--------------------------------------|

Deducibles y Co-Aseguro

1. **Deducible:** El Deducible seleccionado aplicará por Asegurado, por Año del Certificado. Máximo de dos Deducibles si hay más de dos Asegurados en este Certificado.
2. **Co-Aseguro:** Co-Aseguro de 20% aplicará a los primeros US\$5,000 en reclamaciones incurridas en los EUA, Canadá o Europa.. Co-Aseguro de 30% aplicará a cargos cubiertos en los EUA, Canadá o Europa, no incurridos en un Hospital de la Red Elite, después que el Deducible y el Co-Aseguro sean aplicados.

El tratamiento de emergencia incurrido en cualquier lugar del mundo, excepto EUA, América Latina o el Caribe, se pagará después del Deducible, al 90% de 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 del 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 con los beneficios del certificado.
 - b) Hasta 50% de descuento para tratamiento de Condiciones Pre-Existentes declaradas y excluidas en este seguro.
2. Los niños de 0 a 10 años de edad, NO pagan prima.
3. Descuento de US\$250.00 cuando dos o más Asegurados adultos están cubiertos bajo el mismo certificado.
4. Los medicamentos específicos o el tratamiento usado como alternativo a una hospitalización se cubrirán cuando sean aprobados por escrito y por adelantado por el Administrador. Para aprobación, una copia de la receta médica o tipo de atención médica debe presentarse al Administrador por adelantado. Los recibos originales desglosados deben adjuntarse a cualquier reclamación.

Transporte Aéreo de Emergencia

El costo de alojamiento diario para un acompañante durante el tratamiento del Asegurado se paga a US\$200 por día, por un máximo de 5 días. El costo de pasaje aéreo en clase económica para un acompañante del Asegurado.

El costo del boleto aéreo en clase económica para el viaje de regreso del Asegurado solamente, si se certifica como totalmente recuperado.

El Administrador, American Medical Services, o el asignado, retendrán el derecho a decidir el lugar para el tratamiento.

Esta cobertura está sujeta a:

- 1- Que el Asegurado cumpla con las instrucciones del Administrador, American Medical Services, 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, or 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. *Vea Provisiones y Definiciones del Certificado para detalles completos.*

US\$ 3,000 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 (5) 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 ocho (8), 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 en 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 setenta y cuatro (74) 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 será 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 noventa (90) 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 CONGENITAS:** 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 las 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 irreparable 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 irreparable 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 diez (10) 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 diez (10) meses antes del parto.
38. **COBERTURA DEL RECIÉN 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 Reinstauración. 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 COMPAÑÍA:** 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 noventa (90) 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

Sección de Transplante de Organos

Tabla de Beneficios

Esta póliza pagará 100% de los Cargos Cubiertos para beneficios cubiertos bajo la Sección de Transplante de Organos incurridos necesaria y razonablemente hasta la Cantidad Máxima Asegurada por vida de US\$500,000 por persona, por reclamaciones que surjan de un Procedimiento de Transplante Cubierto, menos cualquier Deducible para los siguientes Servicios de Transplante Cubiertos:

Procedimientos de Transplante Cubiertos:

Cualquiera de los siguientes transplantes de órganos y tejidos humanos médicamente necesarios:

1. corazón
2. corazón/pulmón
3. pulmón
4. hígado
5. páncreas
6. riñón/páncreas
7. riñón

Servicios de Transplante Cubiertos:

1. Servicios hospitalarios y ambulatorios.
2. Servicios de un médico para diagnóstico, tratamiento y cirugía para Procedimiento de Transplante Cubierto.
3. Servicios Diagnósticos.
4. Adquisición de un órgano o tejido, incluyendo servicios a un donante vivo de un órgano o tejido para obtener un órgano o tejido. Los Servicios Cubiertos están limitados a los gastos de adquisición, y los beneficios están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.
5. Costos de transporte razonables y necesarios para viaje relacionado con un procedimiento de Transplante Cubierto para el receptor del transplante y un acompañante durante un Período de Beneficio. Los Beneficios de transporte están sujetos a las cantidades declaradas en la Sección de Beneficios Máximos.
Si el receptor es un menor, los costos de transporte para dos acompañantes pueden ser cubiertos. Los Beneficios de transporte están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.
Gastos por alojamiento y comidas razonables y necesarios, incurridos por el receptor y su(s) acompañante(s), relacionados con un Procedimiento de Transplante Cubierto, durante el Período de Beneficio. Los Beneficios de alojamiento y comidas están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.
Los recibos desglosados en forma satisfactoria a la Compañía deberán ser sometidos por el Asegurado al presentar las reclamaciones.
6. El alquiler de equipo médico duradero para uso fuera del hospital. Los cargos cubiertos están limitados al precio de compra del mismo equipo.

7. Prescripciones facultativas, incluyendo medicinas inmuno-supresivas.
8. Oxígeno.
9. Terapia del Habla, Terapia Ocupacional, Terapia Física, y Quimioterapia.
10. Vendas quirúrgicas y suministros.
11. Servicios y provisiones relacionadas con Altas Dosis de Quimioterapia, cuando son parte de un plan de tratamiento que incluye Quimioterapia en Altas Dosis.

Los Beneficios se pagan de la forma siguiente:

En una Institución de Transplante Participante.

100% de Cargos Cubiertos para Servicios de Transplante Cubiertos, en una Institución de Transplante Participante, con respecto al tipo de Procedimiento de Transplante Cubierto realizado. Sin embargo, los límites cubiertos bajo esta póliza y los beneficios pagados, en ningún momento podrán exceder los de la Sección de Beneficios Máximos en la Sección de Transplante de Organos.

En una Institución de Transplante No-Participante.

Lo menor del 80% de los cargos facturados, ó el 80% de las cantidades establecidas en la Tabla de Servicios de Transplante Cubiertos que sigue, realizados en una Institución de Transplante No-Participante, con respecto al tipo de Procedimiento de Transplante Cubierto realizado. Sin embargo, en ningún momento los límites cubiertos bajo esta póliza excederán los de la Sección de Beneficios ni los beneficios pagaderos bajo la Sección de Beneficios Máximos de la Sección de Transplante de Organos.

Los nombres de Instituciones de Transplante Participantes están disponibles a través de:

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

Tel.: (305) 442-0899

Tabla de Transplante de Organos Humanos en Instituciones de Transplante No-Participantes:

Los Beneficios pagaderos son lo menor del 80% de los cargos facturados, o el 80% de las cantidades señaladas a continuación:

| Procedimiento | Cantidades Máximas | |
|----------------------------|--------------------|-----------|
| | No EUA | EUA |
| Corazón | \$50,000 | \$100,000 |
| Corazón/Pulmón | \$50,000 | \$100,000 |
| Pulmón | \$50,000 | \$100,000 |
| Hígado | \$50,000 | \$100,000 |
| Páncreas | \$50,000 | \$100,000 |
| Riñón/Páncreas Simultáneos | \$50,000 | \$100,000 |
| Riñón | \$30,000 | \$30,000 |

SECCION DE BENEFICIO MAXIMO

1. Transporte/Alojamiento/Comidas

Un máximo de \$200.00 por día para alojamiento y comidas, por Procedimiento de Transplante Cubierto. US\$10,000 para todo el transporte, alojamiento y comidas por Procedimiento de Transplante Cubierto. Los recibos desglosados en forma satisfactoria a la Compañía, deberán ser sometidos por el Asegurado al presentar las reclamaciones.

2. Adquisición

Los pagos de la Compañía para gastos de adquisición para un donante de órgano o tejido, no excedrán las siguientes cantidades máximas por Procedimiento de Transplante Cubierto:

| | |
|----------------|------------|
| Corazón | US\$17,500 |
| Corazón/Pulmón | US\$17,500 |
| Pulmón | US\$17,500 |
| Hígado | US\$22,500 |
| Páncreas | US\$25,000 |
| Rinón/Páncreas | US\$25,000 |
| Riñón | US\$10,000 |

3. Máximo para todos los Servicios de Transplante Cubiertos:

La cantidad total en Dólares que la Compañía pagará es \$500,000 por Asegurado, para todos los Servicios de Transplante Cubiertos, incluyendo el Procedimiento de Transplante Cubierto, bajo esta Póliza o cualquier contrato o póliza de la Compañía para Transplante de Organos y Tejidos Humanos, ya sea anterior o futura. Las cantidades máximas mostradas para Transporte, Alojamiento, Comidas, y Obtención del órgano, están incluidas y son descontadas de este Máximo para todos los Servicios de Transplante Cubiertos. La cantidad máxima pagadera será aplicable solamente después que todo el Deducible y el Co-aseguro hayan sido agotados.

Límite:

Si un Procedimiento de Transplante Cubierto no se realiza en la fecha programada debido a la condición médica o fallecimiento del paciente receptor del órgano, los beneficios se pagarán por los Servicios de Transplante Cubiertos hasta que suceda lo primero de:

1. El fallecimiento del receptor, o
2. la fecha en que el médico del paciente receptor decida no realizar el transplante.

Transplantes Múltiples

Si un paciente receptor requiere más de un Procedimiento de Transplante Cubierto, la Compañía considerará el reembolso de los Servicios de Transplante Cubiertos durante cada Período de Beneficio en la siguiente forma:

1. Si cada transplante se debe a causas independientes, cada uno es considerado como un Período de Beneficio separado.
2. Si cada transplante se debe a causas relacionadas, cada uno es considerado como un Período de Beneficio separado si los transplantes se separan por lo menos 90 días.
3. Si los transplantes se deben a causas relacionadas, están considerados dentro de un Período de Beneficio cuando no se separan en la forma descrita en el párrafo 2 que antecede.

Manejo del Caso

La Compañía o el Administrador puede aprobar la continuación de las necesidades de cuidado del Asegurado y discutir con el médico del Asegurado medios alternativos de atención médica menos costosos. La cobertura se proveerá para alternativas menos costosas, aún si dicho método alternativo no está específicamente establecido como cubierto bajo esta Póliza. El Deducible, el Co-aseguro y las cantidades máximas contenidas en esta póliza se aplicarán al cuidado alternativo.

No hay penalidad si el Asegurado o el médico no acepta el cuidado alternativo propuesto.

PROVISIONES Y DEFINICIONES ADICIONALES DE LA POLIZA PARA TRANSPLANTES DE ORGANOS

1. **PERIODO DE BENEFICIO:** El período de tiempo:
 - a. que comienza en la fecha en que el Asegurado recibe los primeros servicios directamente relacionados con evaluación como candidato para un Procedimiento de Transplante Cubierto; y
 - b. termina con lo primero de:
 1. la fecha 12 meses después que el Procedimiento de Transplante Cubierto se realiza; o
 2. la fecha de cancelación de esta Póliza.

Si esta Póliza se renueva o se reemplaza con otra similar emitida por la Compañía, los días remanentes sin usar de dicho período de 12 meses continuarán en efecto hasta que se completen bajo la nueva póliza.

2. **PROCEDIMIENTO DE TRANSPLANTE CUBIERTO:** Cualquiera de los siguientes transplantes de órganos y tejidos humanos que sean médicamente necesarios: (1) corazón; (2) corazón/pulmón; (3) pulmón; (4) hígado; (5) páncreas; (6) riñón/páncreas, y (7) riñón.
3. **PROVEEDOR:** Las instituciones e individuos listados a continuación:

Instituciones proveedoras:

Laboratorio Clínico: Un laboratorio que realiza procedimientos clínicos y no está afiliado o asociado con un médico del hospital u otro proveedor.

Hospital significa una institución para cuidado agudo general hospitalario de corta duración y la cual:

1. es una institución debidamente licenciada;
2. está primeramente dedicada a proveer diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento, y cuidado a personas lesionadas y enfermas recluidas, por o bajo la supervisión de médicos, por compensación de sus pacientes.
3. tiene departamentos de medicina y cirugía mayor organizados; y
4. provee servicio de enfermería 24 horas al día por o bajo la supervisión de Enfermeros Licenciados.

Institución de Transplante No Participante:

Cualquier hospital que no ha sido contratado por la Compañía o el Administrador a través de una red de transplante aplicable, para realizar Procedimientos de Transplantes Cubiertos. Un hospital puede ser una institución de transplante no-participante respecto a:

- (1) ciertos procedimientos de transplantes cubiertos; o
- (2) todos los procedimientos de transplantes cubiertos.

Institución de Transplante Participante: Cualquier hospital contratado por la Compañía o el Administrador a través de una red de transplante aplicable, para realizar Procedimientos de Transplantes Cubiertos. Un hospital puede ser una institución de transplante participante con respecto a:

- (1) ciertos procedimientos de transplantes cubiertos; o
- (2) todos los procedimientos de transplantes cubiertos.

Proveedores Individuales:

Terapeuta Ocupacional: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta Ocupacional es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

Terapeuta Físico: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta Físico es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

Terapeuta de Respiración/Inhalación: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta de Respiración/Inhalación es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

Patólogo del Habla y Terapeuta del Habla: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Patólogo del Habla o Terapeuta del Habla es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS Para Transplantes de Organos

Cualquier tratamiento o medicina, o sus consecuencias derivadas o cargos relacionados con lo siguiente, no están cubiertos bajo esta póliza a menos que estén específicamente incluidos o cambiados en la Sección de Beneficios Máximos:

1. Cualquier costo o tratamiento para transplante de un órgano, que la Compañía considere ser el resultado de una condición pre-existente, o condición de la cual usted estaba consciente antes del comienzo de esta póliza.
2. Cualquier costo relacionado con cuidado en el hogar.
3. Servicios e implementos para inmunizaciones.
4. Transplantes de órganos de animales o artificiales.
5. Cargos de mantenimiento de un médico.
6. Servicios, implementos, o atención hospitalaria que, a juicio de los consultores médicos de la Compañía, no son médicamente necesarios para el tratamiento de enfermedad, lesión, condición de enfermedad, o incapacidad, excepto cuando se establece específicamente como cubierto.
7. Cuidado de Custodia o de Rehabilitación y Terapia.
8. Cargos por cualquier tratamiento, procedimiento, institución, equipo, medicina, suministro o dispositivo experimental o investigativo, excepto como se especifica en la Sección de Beneficios Máximos de esta póliza.
9. Cargos pagados o pagaderos por Compensación Laboral.
10. Cuidado preventivo o de rutina, incluyendo exámenes físicos, pre-maritales, y cualquier otro examen rutinario o periódico, excepto cuando se declara específicamente como cubierto.
11. Estudios de investigación o de eliminación.
12. Servicios o implementos, por los que usted no está legalmente obligado a pagar.
13. Gastos incurridos antes de comenzar la cobertura o después que termina, excepto si se establece como cubierto.
14. Curas de reposo o cuidado en sanatorios.
15. Servicios o implementos proveídos por una persona o institución actuando fuera del campo de su licencia.
16. Servicios o suministros proporcionados por un departamento dental o médico mantenido por, o a favor de un grupo, asociación de beneficio mutuo, sindicato laboral, trust, o persona o grupo similar.
17. Servicios suplidos por cualquier agencia gubernamental, que a usted no le cobran, excepto cuando esta exclusión es conflictiva con leyes estatales y federales.
18. Servicios o suministros que no están declarados específicamente como cubiertos.
19. Consultas telefónicas, cargos por faltar a una cita programada, o cargos por completar una planilla de reclamación.
20. Terapia de recreo o entretenimiento.
21. Materiales para uso en terapia ocupacional.
22. Artículos de higiene personal y para comodidad, tales como acondicionadores de aire, humectantes, bañeras calientes, turbinas, o equipos para ejercicio físico, aún si un médico receta dichos artículos.
23. Hospitalización para cambio de ambiente y todos los cargos relacionados.
24. Servicios y suministros de cualquier proveedor fuera de los Estados Unidos de América, que están en exceso de las cantidades declaradas en la Sección de Beneficios Máximos detallados en esta póliza.
25. Servicios y aditamentos elegibles para reembolso por cualquier fondo de investigación privado o público, aunque dichos fondos fueran solicitados, o recibidos, o no.
26. Servicios y suministros para tratamiento de complicaciones, a menos que la Compañía determine que son el resultado inmediato y directo de un Procedimiento de Transplante Cubierto.
27. Servicios y suministros administrados en conexión con un Procedimiento de Transplante Cubierto que no se realizó durante un período de beneficios.
28. Transplantes de Médula Osea en cualquier forma.
29. Medicamentos inmuno-supresivos para el tratamiento o prevención de rechazo de corazón, corazón/pulmón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o riñón/páncreas, después de terminado el Período de Beneficios. Este Contrato no pagará beneficios después de terminarse el Período de Beneficios.