

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD

No Transferible

CONDICIONES

Redbridge Insurance Company, Ltd. acuerda proveer los beneficios de esta Póliza al Asegurado Principal y Dependientes nombrados en la misma, sujetos en todos los aspectos a las Disposiciones Generales, el Certificado de Cobertura, el Plan de Beneficios, copia del formulario de Declaración y cualquier otro cuestionario o información de asegurabilidad, enmienda, endoso y/o suplemento, que constituyen el contrato único entre las partes, en consideración por el pago anticipado de la prima aplicable.

Esta Póliza reemplaza cualquier otra Póliza de Seguro de Salud previamente emitida por la Compañía bajo su nombre.

10 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA

Si por cualquier razón usted no está satisfecho con esta Póliza, puede devolver la misma al Representante Autorizado o a la Compañía dentro de los **diez (10) días** de haber recibido la misma. Si esto ocurre, nosotros cancelaremos la Póliza y devolveremos las primas pagadas a la Compañía.

Esta Póliza se EMITE en su Fecha de Efectividad, y ha sido APROBADA y REFRENDADA por el Presidente y Primer Oficial Ejecutivo para el Negocio Internacional.

REDBRIDGE INSURANCE COMPANY, Ltd.



Edmund Santiago, ASA, MAAA
Presidente y Primer Oficial Ejecutivo

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. Elegibilidad	3
II. Disposiciones Generales	4-5
III. Definiciones	6-7-8
IV. Beneficios	9-10-11
V. Obligaciones del Asegurado	12
VI. Limitaciones & Exclusiones	12-13
VII. Administración de Reclamaciones	13-14
VIII. Otras Disposiciones Importantes	15

Los títulos que aparecen en la Póliza son de referencia únicamente y no afectarán las Disposiciones de ésta.

I. Elegibilidad

Fecha de Efectividad. La Fecha de Efectividad de esta Póliza se encuentra especificada en el Certificado de Cobertura y comienza a las 12:01 am. hora estándar.

Requisitos de Elegibilidad.

1. Edad de Inscripción:

- a. Asegurado Principal: mayor de 18 años y hasta 74 años – Sin límite de edad máxima para futuras renovaciones.
- b. Dependiente Cónyuge o Pareja Doméstica: mayor de 18 años y hasta 74 años – Sin límite de edad máxima para futuras renovaciones.
- c. Dependiente Hijo(s) Soltero: Desde su nacimiento hasta los 23 años (bajo una maternidad cubierta); o desde la fecha de su inclusión en la Póliza.

2. País de Residencia:

- a. El Asegurado Principal y Dependientes deberán residir fuera de los Estados Unidos de Norte América, Puerto Rico, Islas Vírgenes Americanas, y cualquier otro de sus territorios y Canadá; excepto:
 - i. Hijo(a) soltero dependiente: entre 19 y 23 años - estudiando en el extranjero en una universidad o colegio superior acreditado.

3. La prima aplicable pagadera por anticipado.

Recién Nacido.

La cobertura será efectiva en la fecha de nacimiento del niño(a), siempre que:

- a. el niño(a) haya nacido del Asegurado Principal o su Cónyuge o Pareja Doméstica (según se define) después de la Fecha de Efectividad de la Póliza y bajo el beneficio de una Maternidad cubierta;
- b. el formulario de declaración (solicitud) requerido haya sido completado y presentado a la Compañía dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de nacimiento.

Si el Asegurado Principal no cumpliera con el requisito de registro del niño(a) dentro de los sesenta (60) días, el recién nacido será considerado un nuevo dependiente, sujeto a Evidencia de Asegurabilidad.

La cobertura para niños recién nacidos resultantes de un tratamiento de fertilidad no es automática. El Asegurado Principal deberá presentar el formulario de Declaración (solicitud) para registrar al recién nacido como un nuevo dependiente, y estará sujeto a Evidencia de Asegurabilidad.

Nuevo Dependiente.

Para ingresar un nuevo dependiente(s) después de la Fecha de Efectividad de la cobertura, el Asegurado Principal deberá presentar un formulario de declaración y Evidencia de Asegurabilidad aceptable para la Compañía. De ser aprobada, la cobertura será efectiva el primer (1er) día del mes siguiente a la fecha en que el nuevo dependiente fue aprobado.

Dependiente Elegible para una Póliza Individual.

En caso de que un dependiente Asegurado cuya edad esté entre 18 a 23 años de edad, solicite una Póliza individual por separado bajo un plan igual o similar a su Póliza actual, la Compañía emitirá por separado una Póliza individual bajo un plan igual o similar en deducible, términos y condiciones, sin requerir Evidencia de Asegurabilidad, y sin lapso en cobertura.

Un hijo soltero dependiente que alcanza la edad de 24 años durante el Año Póliza, continuará cubierto bajo la misma hasta la fecha aniversario de la próxima renovación de la Póliza. A partir de entonces, la Compañía emitirá por separado una Póliza individual bajo un plan igual o similar en deducible, términos y condiciones que la Póliza anterior, sin Evidencia de Asegurabilidad y sin lapso en cobertura.

Divorcio o Separación Legal.

En caso de cambio de estado matrimonial por causa de divorcio o separación legal evidenciada, el Asegurado Principal deberá notificar a la Compañía, y la cobertura para el Cónyuge bajo la misma Póliza continuará hasta la fecha de aniversario de la próxima renovación. A partir de entonces, la Compañía emitirá por separado una Póliza individual para el cónyuge o pareja doméstica, bajo un plan igual o similar, en deducible, términos y condiciones que la Póliza anterior, sin Evidencia de Asegurabilidad y sin lapso en la cobertura.

Fallecimiento del Asegurado Principal.

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal los dependientes registrados continuarán cubiertos bajo la misma Póliza hasta la fecha aniversario de la próxima renovación de la Póliza. A partir de entonces, si desea, la Compañía emitirá una nueva Póliza bajo un plan igual o similar en deducible, términos y condiciones que la Póliza anterior, sin Evidencia de Asegurabilidad y sin lapso en la cobertura al cónyuge o pareja doméstica y los dependientes elegibles incluidos bajo la Póliza.

II. Disposiciones Generales

La Compañía acuerda proveer los beneficios estipulados en esta Póliza al Asegurado Principal y los Dependiente(s) nombrados en la misma, sujetos en todos los aspectos a las Disposiciones Generales, el Certificado de Cobertura, el Plan de Beneficios, copia del formulario de Declaración y cualquier otro cuestionario o información de asegurabilidad, enmienda, endoso y/o suplemento que constituyen el contrato único entre las partes, en consideración por el pago anticipado de la prima aplicable.

Redbridge Insurance Company, Ltd. es de aquí en lo sucesivo también nombrada “la Compañía”, “Nuestro”, “Nosotros, y el Asegurado Principal y los Dependientes cubiertos declarados en el formulario original de Declaración son también nombrados de aquí en lo sucesivo “Asegurado”, “Usted”, “Sus”, “Su”.

Esta Póliza tiene un término de duración de doce (12) meses a partir de su Fecha de Efectividad, renovable por el mismo término de duración en su fecha aniversario de renovación a las 12:01 a.m.

Cualquier notificación requerida por esta Póliza deberá ser por escrito. Cualquier notificación originada por la Compañía será enviada al Asegurado Principal o al Representante Autorizado. Cualquier notificación dirigida a la Compañía, deberá ser enviada directamente a la Oficina Administrativa de la Compañía para su apropiado proceso.

1. **Aceptación.** El formulario de declaración (solicitud) está sujeto a evaluación y la Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar el mismo. Las condiciones preexistentes no declaradas en el formulario de declaración (solicitud) no estarán cubiertas. Las condiciones preexistentes declaradas en el formulario de declaración (solicitud) estarán cubiertas, a menos que se encuentren excluidas o limitadas en esta Póliza.
2. **Acción u Omisión de Terceras Partes.** La Compañía no será responsable por actos u omisión de cualquier hospital, médico, especialista, o cualquier otra tercera parte.
3. **Asignación.** La cobertura de seguro provista por esta Póliza no puede ser cedida o asignada.
4. **Cambios.** La Compañía se reserva el derecho de hacer cambios en la Póliza en la fecha de renovación. Los cambios serán válidos únicamente si se hacen por escrito mediante la redacción de una nueva Póliza, Plan de Beneficios, Enmienda o Endoso debidamente aprobado y firmado por un Oficial Autorizado de la Compañía. Todo cambio en las Disposiciones de la Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución de prima, entrará en vigor treinta (30) días después de haberle notificado por escrito al Asegurado Principal, ya sea por la Compañía o por el Representante Autorizado.
5. **Cambio de País de Residencia.** El Asegurado Principal deberá notificar a la Compañía dentro de los sesenta (60) días subsiguientes a cualquier cambio en el País de Residencia del Asegurado Principal y/o cualquier persona nombrada y asegurada en esta Póliza. Una vez que la Compañía haya sido notificada, o se haya superado el período de sesenta (60) días, la Compañía tiene el derecho de modificar o terminar la cobertura, a partir de la fecha en que ocurrió el cambio de País de Residencia.
6. **Certificado de Cobertura.** El Certificado de Cobertura deberá ser emitido y anexado a esta Póliza, el cual describe la Fecha de Efectividad, la(s) persona(s) asegurada(s) y opciones de cobertura, entre otras importantes características. El Certificado de Cobertura forma parte del contrato.
7. **Contrato.** Las Disposiciones Generales, el Certificado de Cobertura, el Plan de Beneficios, copia del Formulario de Declaración (solicitud) y cualquier otro cuestionario o información médica presentada, así como Enmienda o Endoso constituye el contrato único entre las partes.
8. **Deducible.** El monto del deducible aplicable por persona asegurada y el deducible máximo por familia se especifica en el Certificado de Cobertura de esta Póliza, según seleccionado por el Asegurado Principal.
9. **Error Clerical.** Un error administrativo o retraso por la Compañía: (a) no invalidará cobertura alguna que de otra manera estuviese en vigor, (b) no extenderá cobertura alguna que de otra manera estuviese cancelada, y (c) estará sujeta al ajuste en prima necesario, de ser aplicable.
10. **Error de Edad.** Si se encuentra que la edad de una persona cubierta es la incorrecta y el error afecta la prima, el ajuste en prima será realizado y este determinará si la cobertura es válida bajo la Póliza para el Asegurado Principal y Dependiente(s).
11. **Formulario de Declaración / Solicitud de Seguro.** Esta Póliza es emitida en base a la información declarada en el formulario de declaración, también nombrada solicitud. El solicitante deberá proveer toda la información requerida en el formulario de declaración (solicitud), y cualquier otra información adicional solicitada por la Compañía. Cualquier información declarada por o en representación del solicitante en el formulario de declaración para la cobertura, es considerada una representación y no una garantía. El formulario de declaración (solicitud) forma parte del contrato entre las partes.
12. **Fraude.** Si cualquier formulario de declaración (solicitud) o reclamo de seguro presentado bajo esta Póliza resulta por cualquier medio o forma fraudulento, o cualquier otro medio o mecanismo es utilizado por cualquier persona asegurada, o por cualquier persona actuando en su representación, como tergiversación en el formulario de declaración (solicitud), omisión de Información o cualquier intento o engaño para obtener cobertura o beneficios que de otro modo no le sería provisto ni pagadero, la Compañía denegará los beneficios y cancelará la Póliza automáticamente. La cancelación será efectiva a partir de la Fecha de Efectividad de la Póliza y el Asegurado Principal queda obligado con la Compañía por la devolución total de cualquier pago de beneficios realizado por, o a nombre de cualquier persona asegurada. Si el total de beneficios pagados por la Compañía excede el total de las primas pagadas en la Póliza, el Asegurado Principal queda obligado con la Compañía a pagar la cantidad igual al exceso. Cualquier persona que conscientemente presente un formulario de declaración (solicitud) o reclamo de seguro que incluya cualquier información falsa o tergiversada estará sujeta a penalidades civil y criminal.
13. **Ley Aplicable.** Este contrato se suscribe en, es interpretado de acuerdo con, y está sujeto a las leyes de Barbados.
14. **Modificación de la Condición de Salud.** Cualquier condición que se manifieste por primera (1ra) vez entre la fecha en que el solicitante firmó el formulario de declaración (solicitud) y la fecha en que la cobertura es aprobada y emitida, será considerada una condición preexistente (según se define) y no tendrá cobertura durante el período de beneficio de esta Póliza. Aquellas condiciones que se manifiestan por primera

(1ra) vez entre la fecha en que el solicitante firmó el formulario de declaración (solicitud) y la fecha en que la cobertura es aprobada y emitida podría afectar su elegibilidad para el seguro.

15. **Notificación.** Cualquier notificación requerida bajo el contrato de esta Póliza deberá ser por escrito. Cualquier notificación originada por la Compañía será enviada al Asegurado Principal o al Representante Autorizado de la Compañía. Cualquier notificación dirigida a la Compañía deberá ser enviada directamente a la Oficina Administrativa del Representante Autorizado de la Compañía para su debido trámite.
16. **Período de Espera.** La Póliza estipula un Período de Espera de treinta (30) días o sesenta (60) días acorde con el plan contratado a partir de la Fecha de Efectividad, según se especifica en el Plan de Beneficios de la Póliza. Durante el Período de Espera, la cobertura sólo aplicará por lesiones causadas por o resultante de un accidente, o enfermedad infecciosa que se manifiesta por primera (1ra) vez durante este período. Cualquier condición o síntoma no causado por o resultante de un accidente o enfermedad infecciosa que se manifiesta por primera (1ra) vez durante el Período de Espera, está excluido de cobertura bajo esta Póliza. Cualquier otro Período de Espera aplicable se especifica en el Plan de Beneficios de esta Póliza.
17. **Período de Gracia.** Después del pago de la primera prima, un Período de Gracia de treinta (30) días será concedido para el pago de cada prima vencida. Si el pago de la prima no es realizado dentro del Período Gracia, la Compañía cancelará la Póliza en la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Durante el Período de Gracia no se proveerán los beneficios bajo esta Póliza; salvo que la prima aplicable a la renovación sea pagada.
18. **Prima.** La prima requerida para la cobertura provista por esta Póliza es por un período de doce (12) meses y deberá ser pagada en dólares americanos en, o antes de cada fecha aniversario de la Póliza, o cualquier otra fecha de vencimiento si hubiese sido aprobada por escrito por la Compañía. El Asegurado Principal es responsable de pagar a tiempo a la Compañía la prima de la Póliza. Los Avisos de Pago de Prima son provistos únicamente como cortesía. Si el Asegurado Principal no recibiese el Aviso de Pago de Prima dentro de los treinta (30) días previos a la fecha de vencimiento del pago, deberá comunicarse de inmediato con el Representante Autorizado de la Compañía.
19. **Derecho a Devolución.** Si el Asegurado Principal decide no aceptar la Póliza dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que recibió la misma, el pago de la prima le será reembolsada. Si el Asegurado Principal decide no continuar con la Póliza después de emitida o renovada, o si la Compañía cancela la Póliza por cambio en el País de Residencia del Asegurado Principal y/o sus dependientes a cualquier país en el cual la cobertura de esta Póliza no se encuentra disponible, o por cualquier otra causa como clase, región, edad, género o categoría, muerte, fraude, tergiversación y/u omisión de información en el formulario declaración (solicitud), la Compañía reembolsará sesenta y cinco (65%) de la porción prorrateada de la prima no devengada, menos cualquier pago por concepto de reclamación realizado durante el Año Póliza. En ningún caso se reembolsarán primas que excedan el término de un (1) Año Póliza.
20. **Reinstalación.** Después que la Póliza caduca o se cancela por falta de pago de prima, el Asegurado Principal deberá presentar un formulario de Reinstalación de cobertura, junto al pago total de la prima vencida a la Compañía sin exceder los sesenta (60) días consecutivos a partir de la fecha de cancelación de la Póliza. La Reinstalación de la Póliza está sujeta a Evidencia de Asegurabilidad. La Reinstalación no es garantizada y la Compañía no tiene obligación de aceptar o aprobar la Reinstalación. La Póliza reinstalada solo cubrirá aquellos eventos que resulten de enfermedades o lesiones sostenidas después de la fecha de reinstalación. Enfermedades, lesiones o accidentes que resulten de, y que se manifiesten durante el período de caducidad, no estarán cubiertas.
21. **Renovación.** La renovación de esta Póliza es garantizada, excepto por fraude o no pago de prima de renovación por anticipado. La póliza de renovación es por el mismo término de duración comenzando en su fecha aniversario a las 12:01 a.m. hora estándar. La Compañía se reserva el derecho de ajustar las primas y modificar los términos y condiciones de la Póliza por Clase, a la fecha de cada renovación.
22. **Terminación.** La Compañía se reserva el derecho de cancelar o anular esta Póliza inmediatamente por cualquiera de las siguientes:
 - a. fraude;
 - b. falta de pago de la prima;
 - c. cualquier declaración hecha en la solicitud de seguro (formulario de declaración) haya sido tergiversada, incompleta o incorrecta, causando que la Compañía apruebe la Póliza en base a la solicitud de seguro (formulario de declaración), cuando con la información correcta o completa, la Compañía hubiese emitido la Póliza con restricciones, con tarifa de primas diferente, o declinado la emisión de cobertura;
 - d. condiciones preexistentes no declaradas;
 - e. cuando el Período de Gracia finaliza sin haberse pagado la prima aplicable;
 - f. cuando el Asegurado Principal solicite por escrito la cancelación de la Póliza;
 - g. según estipulado en cualquier otra disposición o condición de esta Póliza; o
 - h. cuando una persona asegurada no cumpla con los requisitos de elegibilidad de esta Póliza.

En caso de que la Póliza se termine por cualquier razón, excepto por fraude, la Compañía solo será responsable por el pago de los beneficios cubiertos bajo los términos de la Póliza que hayan ocurrido antes de la Fecha de Terminación de la Póliza.

En el caso que el Asegurado Principal solicite cancelar la cobertura, la Póliza será cancelada a partir de la Fecha Efectiva de dicha solicitud. La Compañía se reserva el derecho de ofrecer o declinar la continuación de la cobertura a los dependientes incluidos en la misma.

23. **Acto u omisión de terceros.** La Compañía no será responsable de ningún acto u omisión de ningún hospital, médico, especialista o cualquier otra parte.

III. Definiciones

Accidente significa un evento imprevisto, inesperado, involuntario y fortuito debido exclusivamente a un elemento externo de índole violenta fuera de su control, resultando en forma directa e independiente en una lesión corporal, o muerte.

Acto Terrorista o Terrorismo significa la acción no limitada taxativamente al uso de fuerza, violencia o amenaza, planificada por una persona o un grupo de personas, ya sea actuando individualmente o en representación de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), que se lleva a cabo por motivos políticos, religiosos, ideológicos o un propósito similar.

Ambulancia se refiere al medio de transporte, ya sea por tierra o por aire que cuenta con el equipo requerido y el personal especializado en el traslado de enfermos o heridos hasta la facilidad médica más cercana donde un tratamiento médico adecuado pueda ser provisto.

Cesárea significa el procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza una incisión abdominal para el parto de uno o más niños. Una cesárea es realizada cuando las condiciones de un parto vaginal pondrían en riesgo la vida del niño o de la madre.

Clase / Clases significa el grupo de personas aseguradas por Pólizas de un mismo tipo, incluyendo sin estar limitado a beneficios, deducibles, país, plan, bloque de negocios, o cualesquiera dos combinaciones de estos.

Familiar Cercano significa su cónyuge o pareja doméstica (según definido), padres, hijos, hijastros, hijos adoptados legalmente y suegros del Asegurado Principal.

Acompañante de un Menor significa el miembro de la familia autorizado por la Compañía para acompañar a un dependiente menor de 18 años de edad, durante una hospitalización cubierta.

Complicaciones Perinatales significa cualquier factor de riesgo que afecta el desarrollo del recién nacido en el momento de nacer o después, no causado por factores genéticos o hereditarios y manifestándose durante los primeros sesenta (60) días de vida.

Complicaciones de Maternidad significa un embarazo ectópico; terminación espontánea de un embarazo o condición que imposibilita un parto vaginal viable. Complicaciones de Embarazo también incluye, condiciones cuyos diagnósticos son distintos al embarazo; pero resultan afectados adversamente por o causados por el embarazo, tales como: a) nefritis aguda, b) nefrosis, c) descompensación cardíaca, o d) pre-eclampsia, entre otros. Complicaciones de Embarazo no incluye el sangrado ocasional, reposo durante el embarazo por orden facultativa o náuseas matutina.

Confinamiento significa cualquier período de reclusión en el hospital o reingreso sucesivo que ocurre dentro de un período de sesenta (60) días consecutivos. Es considerado una "nueva admisión o reclusión" cuando hayan pasado sesenta (60) días consecutivos de la fecha en que fue dado de alta del hospital.

Condición Congénita significa una condición, enfermedad o desorden que existe antes del parto o en el momento del parto, independientemente que la causa haya sido identificada o diagnosticada previa al parto, después del parto, o años más tarde.

Deducible significa el monto de gastos médicos cubiertos que el asegurado es responsable a pagar cada Año Póliza, antes de que los beneficios en vigor sean pagados por la Póliza.

Deporte Peligroso significa cualquier deporte por el cual la persona recibe compensación económica o beneficio de cualquier tipo, en forma directa o indirectamente, por jugar o entrenar profesionalmente.

País de Residencia Permanente significa el país declarado en el formulario de declaración (solicitud de seguro) y donde el Asegurado Principal y sus dependientes mantienen su residencia legal por ciento ochenta (180) días o más durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, mientras esta Póliza se encuentre en vigor.

Gastos Cubiertos significa el costo razonable, acostumbrado y usual incurrido por tratamientos, servicios, suministros y medicinas prescritas (no de venta libre) médicamente necesarias que estén cubiertos bajo esta Póliza.

Personas Cubiertas significa el Asegurado Principal y Dependiente(s) que hayan aplicado para y que tengan derecho a la cubierta provista por esta Póliza, y por la cual el pago de la prima aplicable fue realizado.

Cuidados de Custodia significa la ayuda personal y cuidados que no requieren habilidad profesional.

Dependiente(s) significa el cónyuge del Asegurado Principal o pareja doméstica (según se define) e hijos solteros menores de 23 años.

Hijos Dependientes significa hijos solteros naturales, legalmente adoptados, hijastros, o menores donde el Asegurado Principal haya sido designado como Tutor Legal por la corte en la jurisdicción competente, y que dependan financieramente del mismo.

Cónyuge o Pareja Doméstica significa una persona legalmente casada, o conviviendo con el Asegurado Principal por los últimos seis (6) meses previos a la Fecha de Efectividad de esta Póliza, manteniendo una relación económicamente interdependiente, que pueda ser evidenciada por una declaración jurada y/o cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

Formulario de Declaración (solicitud de seguro) significa el formulario de declaración ya sea por escrito o por transmisión electrónica debidamente completado y firmado por la persona solicitando la cobertura de seguro para esta Póliza. También incluye, cualquier historial médico, cuestionarios y/o cualquier otro documento solicitado por la Compañía durante el proceso de evaluación y antes de la aprobación de la Póliza.

Equipo Médico Durable significa cualquier equipo prescrito por un Médico como médicamente necesario para el uso continuo durante el tratamiento de una enfermedad o lesión, o para prevenir el deterioro adicional de una condición médica. Todo Equipo Médico Durable, prescrito o no, está sujeto a la evaluación a criterio único y aprobación previa de la Compañía.

Electivo significa cualquier cuidado, servicio, tratamiento o cirugía que no sea médicamente requerido, y que es únicamente realizado por elección y preferencia del paciente.

Emergencia o Condición de Emergencia significa el surgir repentino e inesperado de una condición médica o accidente cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o integridad física de la persona, de no proveerle atención médica inmediata.

Enfermedad significa toda alteración física, incapacidad o reacción adversa de la salud, que amerite el tratamiento médico y/o quirúrgico.

Evidencia o Prueba de Asegurabilidad significa cualquier información médica o documento requerido, con relación a una enfermedad o condición médica, a expensas del solicitante. Dicha información deberá ser incluida en, o con el formulario de declaración (solicitud) al igual que cualquier

otra Evidencia de Asegurabilidad solicitada por la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de revisar y evaluar dicha información y bajo su criterio propio determinará si el solicitante y dependiente(s) listados son elegibles para la cobertura provista por esta Póliza.

Examen Médico Preventivo significa un chequeo médico preventivo que consiste en la detección de condiciones médicas o enfermedades prevenibles o controlables.

Facilidad de Cuidados Extendidos de Enfermería significa un proveedor de servicios licenciado bajo la jurisdicción aplicable donde opera y dentro del alcance de sus funciones y cuya operación primordial es proveer servicios las veinticuatro (24) horas basado en pacientes internados durante una convalecencia prescrita de una enfermedad o lesión, bajo la supervisión de un Médico licenciado (MD), o Enfermera Registrada (RN) en una facilidad permanente, equipada y adiestrada para el cuidado de diez (10) o más pacientes, que opera en base de compensación por parte de los pacientes. Dicha facilidad deberá contar con un administrador, mantener historial médico de cada paciente y operar bajo las guías y protocolo escrito para administración de medicación y medicinas. En ningún caso, el término de Facilidad de Cuidado Extendido de Enfermería deberá incluir una facilidad cuya licencia primordial sea para:

- a. hogar de descanso, hogar de retiro, o centro u hogar de convalecencia o cuidado de médico para ancianos;
- b. facilidad de rehabilitación, centro o facilidad dedicada o especializada en:
 - i. discapacidad en aprendizaje, crecimiento y desarrollo lento, monitoreo y adelanto de destrezas y habilidades;
 - ii. tratamiento y rehabilitación para el abuso y adicción de droga, alcohol y/o sexo;
 - iii. enfermedades o desórdenes psiquiátricos y psicológicos, enfermedad mental, autismo, factores seniles;
 - iv. cualquier tipo de cuidados de custodia personal, cuidados prolongados, entre otros.

Experimental o de Investigación significa cualquier medicamento, tratamiento, dispositivo, procedimiento u hospitalización que sea parte de ensayos clínicos o de investigación que no cumplen con uno o más de las siguientes normas:

- a. está bajo la supervisión de la Administración de Alimentos y Drogas de EE. UU. (FDA);
- b. los hallazgos, investigación y ensayos son realizados por, o están bajo el apoyo de Agencias Federales del Gobierno de EE. UU., asociaciones nacionales reconocidas, organizaciones y/o cualquier otra agencia reglamentaria alrededor del mundo;
- c. el centro de tratamiento deberá contar con un protocolo o protocolos escritos, o deberán obedecer el protocolo o protocolos de cualquier otra facilidad ensayando sustancialmente la misma droga, tratamiento y/o dispositivo; y
- d. la forma de consentimiento utilizada por el centro de tratamiento, o por cualquier otra agencia ensayando la misma droga, tratamiento y/o dispositivo deberá especificar claramente que el propósito es de ensayo experimental e investigación.

Cuidados de Salud en el Hogar significa los servicios terapéuticos y cuidados de enfermería proporcionados por un proveedor de servicios que:

- a. está asociado con un grupo profesional con políticas y protocolos establecidos;
- b. está supervisado por un (1) Médico Licenciado (MD), y una (1) Enfermera Registrada (RN);
- c. mantiene el historial médico de cada paciente;
- d. cuenta con un Administrador a tiempo completo;
- e. cumple con los estándares de su licenciatura en la jurisdicción donde opera.

Condición Hereditaria significa una enfermedad o condición genética transmitida de una generación a otra.

Hospital significa una institución o entidad médica que:

- a. esta licenciada para operar como tal, en la jurisdicción donde está localizado;
- b. en consideración de compensación de parte de los pacientes (internos y ambulatorios) se dedica primordialmente a proveer las facilidades de diagnóstico y terapéuticas para exámenes médicos, cirugías, tratamientos y cuidados de heridos y enfermos por, o bajo la supervisión de un personal médico licenciado;
- c. provee veinticuatro (24) horas servicios de enfermería provista por Enfermeras Registradas (RN);
- d. cuenta en su localización con el equipo y las facilidades para procedimientos de cirugía mayor (o con un acuerdo contractual con un hospital acreditado para la realización de procedimientos quirúrgicos); y
- e. no es parte de, un hogar o centro de descanso, rehabilitación, cuidado médico o enfermería, convalecencia, cuidado prolongado, cuidado extensivo, cuidado u hogar de ancianos, hospicio, o centro para el tratamiento y rehabilitación de la droga adicción y alcoholismo. Hospital no significa cualquier institución en la cual una persona recibe tratamiento por el cual no requiere pagar.

Hospitalización significa la admisión a un hospital por veinticuatro (24) horas o más para recibir cuidado médico o procedimiento quirúrgico. Los servicios y procedimientos quirúrgicos ambulatorios o en pacientes no internados que sean realizados en el hospital y/o en la sala de emergencia del hospital o facilidad médica no son considerados una hospitalización.

Habitación de Hospital significa un cuarto estándar privado o semi-privado.

Incurrido significa el costo o cargo resultante de un servicio o suministro, por el cual la persona es responsable.

Enfermedad Infecciosa significa una condición clínica resultante de la presencia de agentes patógenos microbianos, que incluyen, pero no están taxativamente limitados a virus patogénico, bacteria patogénica, hongos, protozoo, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que pueden ser transmitidas por contacto físico, fluido corporal, alimentos contaminados, objetos, inhalación aerotransportada, o a través de organismos vector.

Lesión significa un trauma corporal resultante de una causa externa.

Paciente Interno / Internado significa la persona ingresada o confinada en un hospital o entidad similar por más de veinticuatro (24) horas.

Cuidados de Maternidad significa la atención y cuidado especializado para cualquier condición durante o resultante del embarazo, incluyendo cuidados prenatales, parto y cuidado después del parto.

Medicamento Necesario o Necesidad Médica significa un servicio, suministro, medicamento y hospitalización que haya sido prescrito por un médico, que:

- a. sea el diagnóstico apropiado para el tratamiento de la enfermedad;

- b. sea consistente con los estándares oficiales de la práctica clínica y profesional;
- c. no sea principalmente para el confort o conveniencia del paciente, familiar, médico, proveedor o cualquier otra parte interesada;
- d. provea el nivel de servicios y los equipos más apropiados y seguros para la persona;
- e. en caso de cuidado como paciente interno, se pueda proporcionar en forma segura como paciente ambulatorio; y
- f. no exceda en alcance, duración e intensidad el nivel de cuidado necesario requerido para una atención adecuada y apropiada.

La Compañía se reserva el derecho de determinar la “necesidad médica” o si es “medicamentamente necesario”. El hecho que un hospital, médico, enfermera registrada o cualquier otro profesional de la medicina o proveedor de servicios haya prescrito, recomendado o aprobado un servicio o equipo, no determina que sea “medicamentamente necesario” o la “necesidad médica”.

Enfermera o Enfermera Registrada (RN) significa un individuo legalmente licenciado para proveer cuidados de enfermería a pacientes bajo la jurisdicción donde ejerce su práctica.

Órgano significa una parte vital del cuerpo humano que ejerce una función específica.

Trasplante de Órganos significa el procedimiento quirúrgico necesario para remover uno o más órganos vitales, o tejido del cuerpo del donante (vivo o fallecido) al cuerpo del receptor.

Otro Plan de Salud significa un programa de salud, póliza de seguro o plan de asistencia que paga o reembolsa por gastos incurridos en un hospital, médicos, especialistas, o cualquier otro gasto médico.

Paciente Ambulatorio significa todo tratamiento provisto a un paciente no hospitalizado, que es evaluado, tratado o se le practica un procedimiento quirúrgico en un hospital o facilidad similar, regresando posteriormente a su casa.

Médico o Médico Especialista significa un individuo graduado y licenciado como tal, sin estar limitado a Médico o Doctor en Medicina (MD, PHD, DO), Dentista (DDS o DMD), en la jurisdicción donde ejerce su profesión dentro del alcance de su licencia.

Anexo o Endoso significa un documento incluido o agregado a la Póliza que cambia o modifica la cobertura.

Año Póliza significa el período de doce (12) meses consecutivos, a partir de la Fecha de Efectividad de la Póliza; y cualquier otro período de renovación posterior por doce (12) meses.

Pruebas de Pre-Admisión significa las pruebas médicas requeridas para, o previas a un procedimiento quirúrgico que se realizan durante los diez (10) días previos a la fecha establecida para tal procedimiento.

Condición Preexistente significa cualquier lesión, enfermedad o condición médica que se manifieste antes de la Fecha de Efectividad o Reinstalación de esta Póliza, por la cual:

- a. usted ha visto, o ha sido referido a consultar a un médico;
- b. usted ha sido diagnosticado por un médico; o
- c. usted ha consultado a un médico, recibido tratamiento, y/o tomado medicación
- d. de haberse consultado un médico, hubiese resultado en el diagnóstico de una condición médica.

Red de Proveedores significa un grupo de hospitales y médicos aprobados y contratados para proveer servicios a las personas cubiertas.

Medicamentos Prescritos significa las medicinas o medicamentos aprobados por la Administración Federal de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) o por cualquier otra administración u organización gubernamental aplicable, para el tratamiento de la condición del paciente, que requiera prescripción médica para ser expedidos, que no sean de venta libre, y sólo sean dispensados por un médico, o farmacéutico autorizado.

Asegurado Principal significa el individuo que contrata esta Póliza de seguro y cuyo nombre está incluido en el Certificado de Cobertura y en el formulario de Declaración (solicitud de seguro) presentada y aprobada por la Compañía, para recibir los beneficios especificados a continuación y quien tiene el derecho de ejercer cualquier comunicación oral o verbal en representación de su dependiente(s) cuyo nombre fue declarado y se encuentran cubierto por esta Póliza.

Cirugía Profiláctica significa la remoción de un órgano o glándula con conocida predisposición a Cáncer (BRCA1 o BRCA2), o cualquier otra fuente de predisposición genética a Cáncer, mutación deletérea confirmada por pruebas genéticas.

Proveedor significa la persona o entidad debidamente licenciada y certificada por la jurisdicción donde presta sus servicios.

Cargos Razonables, Acostumbrados y Usuales (RCU) significa el cargo o tarifa determinada por la mayoría de los proveedores de servicios en una misma área geográfica, por un tratamiento, servicio, provisión o artículo igual o similar provisto a un paciente, por una misma o similar lesión o enfermedad. Las tarifas están sujetas a la aprobación de la Compañía.

Cirugía Bariátrica significa el conjunto de técnicas y procedimientos quirúrgicos realizados en personas con obesidad mórbida y un índice de masa corporal (IMC) de 40, o más de 100 lb. de sobrepeso; o personas con un índice de masa corporal (IMC) de 35 con al menos dos condiciones comórbidas graves, según el Panel de Consenso de Instituto Nacional de Salud (NHI) y la Sociedad American de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS), buscando la disminución del peso corporal y como alternativa a un período de tiempo con tratamiento fallido con otros medios no quirúrgicos.

Cirugía Reconstructiva o reparadora enfocada en la restauración de los efectos destructivos de un accidente, trauma o enfermedad cubiertos por esta Póliza.

Diente(s) Natural Sano significa un diente natural saludable, sin enfermedad, sin caries, sin absceso o defecto.

IV. Beneficios

Los beneficios provistos por esta Póliza serán pagados de acuerdo con lo especificado en el Plan de Beneficios y después de haberse satisfecho el monto del Deducible. Todos los beneficios están sujetos en todos los aspectos a los términos y condiciones, definiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza, incluyendo cualquier enmienda o condición particular que forme parte de la misma y subyugados a la disposición de cargos acostumbrados, razonables y usuales especificada en esta Póliza. Cuando los beneficios sean provistos por un Endoso incluido en esta Póliza, los beneficios indicados en esta Póliza serán considerados como “un Plan Secundario” y en ninguna circunstancia, aplicará el pago duplicado de beneficios.

Los siguientes beneficios estarán cubiertos hasta el límite máximo pagadero por persona durante el Año Póliza y sólo si está indicado en el Plan de Beneficios:

1. Habitación Estándar y Alimentación, Unidad de Cuidados Intensivos o Especializados; y Acompañante para un Menor Hospitalizado:

Los cargos sujetos al límite que se indica en el Plan de Beneficios.

2. Otros Servicios y Suministros en el Hospital:

Sala de cirugía, cuidados de enfermería en general, pruebas de diagnóstico, pruebas de pre-admisión, medicamentos, oxígeno, terapia de inhalación y otros servicios y suministros medicamente necesarios, como productos de aseo personal y utensilios básicos para el cuidado y necesidades esenciales del paciente.

3. Servicios proporcionados por Médicos y Especialistas incluye:

- a. Visitas al Consultorio.
- b. Visitas en el Hospital. Limitado a una (1) visita por día, por médico y por especialista. Ningún otro beneficio por visitas hospitalarias será pagado en relación con un procedimiento quirúrgico o fisioterapia.
- c. Cirugías. Cuando múltiples procedimientos son realizados a través de una misma incisión, el segundo procedimiento quirúrgico es cubierto a un cincuenta (50%) por ciento del procedimiento primario y cualquier otro procedimiento quirúrgico adicional es cubierto a un veinticinco (25%) por ciento del procedimiento primario.
- d. Cirujano / Especialista. 100% en base a la tarifa médica usual y acostumbrada por el mismo procedimiento.
- e. Asistente de Cirujano. Limitado a un veinte (20%) por ciento de la tarifa aprobada al cirujano principal por el mismo procedimiento quirúrgico.
- f. Anestesiólogo. Limitado a un treinta (30%) por ciento de la tarifa aprobada al cirujano principal por el mismo procedimiento quirúrgico.
- g. Segunda Opinión Médica. La Compañía pagará por una Segunda Opinión Médica cuando sea solicitada por la persona cubierta o cuando la Compañía lo considere necesario, una vez que un médico haya recomendado un procedimiento quirúrgico o tratamiento. La Compañía le proveerá a la persona cubierta una lista de médicos para su elección, y pagará por el gasto. En el caso, que la Segunda Opinión contradiga o no confirme la necesidad de la cirugía o tratamiento, la persona cubierta podrá seleccionar otro médico de la lista y la Compañía pagará por el gasto. Si la Segunda y Tercera Opinión confirmarán la necesidad de la cirugía o tratamiento el beneficio se pagará en conformidad. Si la persona cubierta no cumple con este requisito, o si ambas opiniones contradicen la recomendación del médico o no confirman la necesidad de la cirugía o tratamiento, dicho procedimiento quirúrgico o tratamiento no estará cubierto por esta Póliza.

4. Servicios Médicos de Diagnóstico:

Pruebas de Laboratorios, Rayos-X, Electrocardiogramas, Electroencefalogramas, Resonancia Magnéticas (MRI), Tomografía Axial computarizada, entre otros.

5. Tratamientos Especiales incluye:

- a. Diálisis.
- b. Radioterapia y quimioterapia.
- c. Cirugía Interna de Prótesis e Implantes quirúrgicos prescritos Medicamente Necesarios por el médico tratante.
- d. Prótesis Externa para colocación inicial o reparación de una prótesis cubierta, si este beneficio se encuentra incluido en el Plan de Beneficios.
- e. Equipo Médico Durable. El Médico tratante deberá prescribir y certificar el tratamiento, especificado el tiempo duración, si este beneficio se encuentra incluido en la Plan de Beneficios y sujeto a evaluación y previa aprobación a criterio único de la Compañía;
 - i. Alquiler del equipo médico durante el tiempo prescrito; o hasta el costo de su compra, sujeto a la discreción única y aprobación por parte de la Compañía. El beneficio solo cubre el costo de un (1) equipo médico y accesorios integrados (si aplicase) para un tratamiento igual o similar; excepto en caso de reemplazo.
 - ii. Reparación del equipo médico; o el costo de reemplazo en base al costo razonable, acostumbrado y usual del equipo y accesorios integrados (si aplicase) y sujeto a la presentación de prueba fehaciente y prescripción médica presentada a la Compañía, certificando que el equipo médico durable continúa siendo un requisito vital para la condición de salud de la persona asegurada, y solo si el costo de reemplazo es menor que el costo de reparación o renta del equipo médico original.

6. Cirugía Reconstructiva:

Cirugía para restaurar los efectos destructivos de una condición, enfermedad, lesión o trauma que ocurre durante la vigencia de esta Póliza; excepto si se excluye de otra manera en la Póliza.

7. Cirugía Profiláctica:

Este beneficio sólo será proporcionado si se indica en el Plan de Beneficios de la Póliza y solo cuando:

- a. el Asegurado tenga conocida predisposición a Cáncer (BRCA1 o BRCA2), o cualquier otra fuente de predisposición genética a Cáncer, mutación deletérea confirmada por pruebas genéticas;
- b. se ha cumplido con el Período de Espera.

Este beneficio no incluye el costo de pruebas genéticas.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio a un Plan donde el límite de este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el Plan anterior prevalecerá durante un período de un (1) año.

8. **Sangre o Plasma:**
Este beneficio solo paga por sangre o plasma dispensada por el hospital o un banco de sangre, y por su administración. Este beneficio no paga por sangre donada o reemplazada, ni por su administración.
9. **Yesos, Férulas y Muletas.**
10. **Oxígeno.**
11. **Terapia de Infusión.**
12. **Boca, Articulaciones de la Mandíbula y Tejidos de Apoyo:**
a. tratamiento de fractura, dislocación o lesión;
b. quistes, tumores, u otros tejidos relacionados.

13. **Trasplante de Órganos:**

La cobertura está disponible para Trasplante de Órganos que no sean experimentales o de investigación. La cobertura de Trasplante de Órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante haya sido determinada por: 1) el Cirujano, 2) haya sido certificado a través de una Segunda Opinión Quirúrgica y 3) haya sido evaluado y aprobado por la Compañía. El Cirujano del Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía para su debida evaluación y aprobación, antes del Trasplante del Órgano. Los siguientes órganos estarán cubiertos para trasplante, según se indica en el Plan de Beneficios:

- a. Corazón, Corazón/Pulmón, Pulmón(es), Páncreas, Páncreas/Riñón, Riñón(es), Hígado, Intestino Delgado y Córnea;
b. Alógenos, Autólogos y de Médula Ósea estarán cubiertos sólo con un diagnóstico evidenciado de Anemia Aplásica, Inmunodeficiencia Severa, Enfermedad de Hodgkin, Leucemia Mielógena aguda o crónica, Leucemia Granulocítica, Mieloma Múltiple.

Beneficios Incluidos:

Hospitalización y servicios como paciente interno en un hospital o centro médico especializado en trasplantes, servicios de médicos, intervención quirúrgica para donante vivo, gastos auxiliares, pruebas de diagnóstico, evaluación como paciente ambulatorio, incluyendo todos los gastos relacionados con el costo de los servicios, suministros, medicamentos y tratamientos en conexión con el donante. Este beneficio incluye el costo de embalaje y transporte del órgano relacionado en forma directa con la donación de un órgano humano en un procedimiento de trasplante cubierto.

Limitaciones y Exclusiones:

- a. beneficio máximo por vida por persona asegurada para todos los trasplante, según se indica en la Plan de Beneficios;
b. la cobertura máxima será la menor de los beneficios para Condiciones Congénitas o Trasplante de Órganos, según se especifica en la Plan de Beneficios;
c. trasplantes posteriores no estarán cubiertos, si el trasplante inicial no fue cubierto por esta Póliza, por cualquier razón;
d. todo procedimiento quirúrgico deberá ser realizado por un cirujano licenciado en un hospital o centro médico especializado en Trasplante de Órganos;
e. cualquier procedimiento quirúrgico y servicios relacionados con trasplantes que la Compañía considere Experimental o de Investigación, no estará cubierto.

14. **Cuidados de Maternidad:**

El beneficio máximo por gastos de Maternidad se especifica en el Plan de Beneficios. El beneficio de Maternidad incluye parto vaginal viable, cesárea médicamente necesaria, cuidado prenatal y postnatal y cuidado de rutina del recién nacido. En caso de parejas domésticas del mismo sexo aseguradas bajo una misma Póliza, sólo una persona en la pareja tendrá derecho a los beneficios de Maternidad.

15. **Células Madre del Cordón Umbilical (extracción y envío):**

Este beneficio está integrado en el límite del beneficio de Cuidado de Maternidad, siempre que se encuentre especificado en el Plan de Beneficios. Este beneficio paga por la extracción y envío de las Células Madre del Cordón Umbilical en el momento del nacimiento y solo si el límite del beneficio de Maternidad no ha sido agotado. Este beneficio no paga por el costo de almacenaje, preservación o cualquier otro costo relacionado.

16. **Complicaciones de Maternidad:**

Tratamiento provisto por Complicaciones del Embarazo (según se define) que resulte durante una Maternidad cubierta y según se indica en el Plan de Beneficios.

17. **Examen Médico Preventivo:**

Este beneficio sólo será proporcionado si se indica en el Plan de Beneficios de la Póliza. El Examen Médico Preventivo consiste de la evaluación del médico, examen físico y pruebas de laboratorios. Este beneficio es coordinado por la Compañía en su país de residencia.

18. **Virus del Papiloma Humano (HPV):**

El beneficio incluye el tratamiento para el virus, y condiciones relacionadas.

19. **Cobertura del Recién Nacido:**

Provisto que el Asegurado Principal haya inscrito al Recién Nacido durante los primeros sesenta (60) días de la fecha del nacimiento, se proveerá:

- a. Beneficio automático a partir del momento de nacimiento para lesiones y enfermedades.
b. Condiciones Congénitas y Perinatales. Sujeto al límite de beneficio que se indica en el Plan de Beneficios.
c. Si más de un niño nace de una misma Maternidad cubierta, el monto del beneficio será distribuido proporcionalmente entre todos los Recién Nacidos.
d. Todo niño nacido como resultado de un tratamiento de fertilidad, no estará cubierto automáticamente.

20. Condiciones Congénitas y Complicaciones Perinatales:

Sujeto al límite que se indica en el Plan de Beneficios.

21. Medicamentos Prescritos:

Medicinas o medicamentos prescritos por un Médico sujeto al límite máximo que se indica en el Plan de Beneficios. Esto incluye medicamentos prescritos por el médico tratante durante un período de hospitalización, no relacionadas con la condición tratada, pero indispensables para la estabilidad mental o física del paciente. Medicamentos sin prescripción o de venta libre (OCM) no están cubiertos.

22. Rehabilitación Paciente Interno:

El tratamiento estará cubierto si es requerido, como consecuencia de una enfermedad, cirugía y/o accidente cubierto, siempre que haya sido prescrito por el Médico tratante y aprobado por la Compañía. La rehabilitación como paciente interno deberá ser a continuación de un período de confinamiento hospitalario de al menos tres (3) días consecutivos y deberá iniciarse dentro de los catorce (14) días a partir de la fecha dada de alta del hospital. Los beneficios no podrán exceder el monto que se especifica en el Plan de Beneficios.

23. Terapia Ambulatoria:

El tratamiento deberá ser prescrito por el médico tratante y aprobado por la Compañía, sujeto al límite que se indica en el Plan de Beneficios; excepto si de otra manera se excluye en esta Póliza.

24. Cuidados de Salud en el Hogar:

Estos servicios son provistos en el hogar por un Médico licenciado (MD), una Enfermera Registrada (RN), o un Terapeuta licenciado después de una hospitalización cubierta para el tratamiento de una enfermedad o lesión médicamente necesaria, sujeto al límite que se indica en el Plan de Beneficios. La orden del Médico, incluyendo el Plan a seguir y el tiempo de duración requerido, deberán estar previamente aprobados por la Compañía. Los servicios de Cuidados de Salud en el Hogar no incluyen atención de rutina, visitas, cuidados de mantenimiento, y/o servicios auxiliares personales.

25. Cuidados Paliativos / Hospicio:

Este beneficio solo será proporcionado si se indica en el Plan de Beneficios de la Póliza y requiere aprobación de la Compañía. Los servicios relacionados con los Cuidados Paliativos/Hospicio para pacientes terminales estarán cubiertos por un máximo de treinta (30) días, siempre que el médico tratante certifique por escrito que el Asegurado ha sido diagnosticado con una condición terminal con una expectativa de vida menor a seis (6) meses, y presente a la Compañía el Régimen de Cuidados Paliativos determinado.

Los servicios cubiertos por este beneficio incluyen, pero no están taxativamente limitados a: servicios de enfermeras, suministros médicos, medicamentos prescritos para el control del dolor y terapia física, siempre y cuando formen parte del Régimen de Cuidados Paliativos presentado y autorizado por la Compañía.

26. Beneficio Dental por Accidente:

La cobertura es provista para el tratamiento necesario de reparación o reemplazo de un diente(s) natural sano (según se define) dañado o perdido a consecuencia de un accidente que resulte en una hospitalización y provisto que el tratamiento tenga lugar dentro de los noventa (90) días subsiguientes a la fecha en que ocurrió el accidente. Este beneficio incluye:

- a. la primera dentadura o prótesis dental fija para reemplazar uno o más dientes;
- b. la primera corona necesaria para reparar cada diente dañado.

27. Servicios de Transporte de Emergencia:

- a. Ambulancia terrestre para transporte de emergencia hasta la facilidad médica más cercana para recibir tratamiento.
- b. Ambulancia aérea para transporte a la facilidad médica más cercana, siempre que el tratamiento adecuado no pueda ser proporcionado localmente y el Médico que lo atiende considere y certifique que el transporte por cualquier otro medio de transporte resultaría en la pérdida de la vida o extremidad. Este beneficio deberá ser previamente solicitado a la Compañía y evidenciado por una orden prescrita del Médico tratante junto a la copia de la historia clínica del paciente, para la debida evaluación de las condiciones, circunstancias y urgencia del caso.

28. Repatriación de Restos Mortales:

Trámites legales de Repatriación que incluyen la preparación y transporte del cuerpo o de las cenizas (según las leyes de repatriación en el país donde ocurrió la muerte) hasta el País de Residencia. Todos los arreglos deberán ser aprobados y coordinados por la Compañía.

29. Enfermedad Covid-19:

Cubre el diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad Covid-19 hasta el límite máximo del beneficio en conformidad con los términos y condiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza.

V. Obligaciones del Asegurado

Deducible. El deducible seleccionado se indica en el Certificado de Cobertura de esta Póliza, y establece la cantidad gastos médicos cubiertos que el Asegurado es responsable por pagar en cada Año Póliza, antes que los beneficios en vigor sean pagados por esta Póliza. Aplica un (1) Deducible por asegurado por Año Póliza, y un Deducible Máximo por Familia equivalente a la suma de dos (2) deducibles por persona asegurada por Año Póliza. Todos los gastos cubiertos aplicados al Deducible de cada persona asegurada bajo esta Póliza, se tomarán en cuenta para alcanzar el Deducible Máximo por Familia por Año Póliza.

Si el Deducible ha sido cubierto en Latinoamérica y el Asegurado presenta servicios médicos dentro de los Estados Unidos de Norte América (EE.UU) donde el Deducible pudiera ser mayor, la diferencia entre estos dos (2) deducibles es responsabilidad del Asegurado.

Cualquier gasto cubierto que haya sido aplicado al Deducible durante los tres (3) últimos meses del Año Póliza, será transferido y aplicado al Deducible del Año Póliza siguiente; excepto por aquellos gastos que han sido cubiertos bajo cualquier otro programa de salud, póliza de seguro o plan de asistencia, que no son considerados elegibles para ser transferidos y aplicados para el próximo Año Póliza.

Coaseguro. El porcentaje (%) de coaseguro aplicable en esta Póliza (si alguno) se indica en el Plan de Beneficios y establece la cantidad de los gastos médicos cubiertos que el Asegurado es responsable por pagar, después de haber cumplido con el Deducible por Año Póliza.

Cargos No Cubiertos por la Póliza. El Asegurado es responsable de pagar al proveedor por el costo de servicios recibidos que no estén cubierto bajo esta Póliza.

Extensión de Estadía en el Extranjero. En aquellos casos en que el Asegurado necesitara extender su estadía en el extranjero por más de ciento ochenta (180+) días consecutivos por necesidad médica debido a una condición crónica, tratamiento, procedimiento, cirugía y/u hospitalización de emergencia, el Asegurado deberá solicitar aprobación por escrito a la Compañía presentado Certificado Médico del médico tratante que especifique la necesidad médica y copias de los reportes médicos para su debida evaluación. No se proporcionará cobertura alguna por tratamientos, procedimientos y cirugías realizadas a elección única del paciente y/o de sus familiares.

VI. Limitaciones & Exclusiones

Esta Póliza no cubre servicios, tratamientos, suministros, procedimientos, cirugías o cualquier costo o gastos relacionados con, o en conexión a cualquier de los siguientes:

1. Complicaciones a consecuencia de un tratamiento, suministro, enfermedad o accidente excluido de esta cobertura;
2. reclamaciones presentadas a la Compañía después de ciento ochenta (180) días de la fecha del servicio;
3. gastos cubiertos que excedan el costo razonable, acostumbrado y usual (según se define);
4. condiciones preexistentes o recurrentes no declaradas;
5. experimental o de investigación;
6. acupuntura, homeopatía o quiropráctica;
7. síndrome de fatiga crónica;
8. apnea del sueño o trastornos del sueño;
9. enfermedad mental o nerviosa, autismo, desórdenes psiquiátricos o psicológicos;
10. discapacidad de aprendizaje, valoración educacional, desarrollo lento, destrezas y monitoreo;
11. con el propósito de: obtener o continuar un empleo, licencia gubernamental, admisión escolar o para participar activamente en deportes; o para la emisión de una Póliza de seguro de vida o médico y cualquier declaración médica;
12. terapia del lenguaje; excepto para la restitución de la función perdida;
13. suicidio, intento de suicidio, lesiones auto infligidas;
14. participación en actos criminales, o peleas de manera seriamente negligente, a menos que sea en legítima defensa;
15. alcoholismo y/o dependencia química, incluyendo, pero no taxativamente limitado a lesiones y/o enfermedades causadas o resultantes directa o indirectamente del uso y/o abuso del alcohol, drogas ilegales, cualquier medicamento o droga prescrita que no sea ingerida de acuerdo con la dosis ordenada o con el propósito prescrito por el médico;
16. Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo, el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o Enfermedades Oportunistas resultantes del SIDA, VIH positivo y/o CRS; excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
17. enfermedad venérea o de transmisión sexual; excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
18. condiciones y factores congénitos y hereditarios; excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
19. estimulador de crecimiento óseo, hormonas de crecimiento o tratamiento relacionado a, sin importar la razón de la prescripción;
20. tratamientos dentales, o de la articulación temporomandibular; excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
21. admisión en un hospital veinticuatro (24) horas previas a, o antes de la fecha de un procedimiento quirúrgico programado;
22. cualquier servicio, terapia, tratamiento, procedimiento quirúrgico, suministro, medicación o droga por la que una persona asegurada no esté obligada a pagar, incluyendo cualesquiera servicios provistos por un miembro de la familia o pariente cercano;
23. exámenes de rutina tal como físico, visión, dental, audición, inmunizaciones, examen médico preventivo, excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
24. espejuelos graduados, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, entre otros;
25. cualquier cirugía electiva (según se define como electivo en esta póliza);
26. cirugía plástica, cirugía cosmética, procedimientos, servicios y/o suministros para mejorar, alterar o enaltecer la apariencia, ya sea o no por razones psicológicas o emocionales, excepto para restaurar una lesión o enfermedad cubierta bajo la Póliza que se manifiesta por primera (1ra) vez durante la vigencia de la misma;
27. reducción o aumento de senos sin importar la recomendación del médico, escrita o verbal, de necesidad médica;
28. cirugía plástica, cirugía cosmética o cirugía reconstructiva por deformidad nasal, tabique desviado; excepto como resultado de un accidente cubierto por esta Póliza;

29. inseminación artificial, medicamentos o dispositivos contraceptivos, fertilización in-vitro, tratamientos de fertilidad, disfunción eréctil, esterilización y/o reverso de esterilización, alquiler de vientre, y/o cualquier tipo de aborto. Disfunción o insuficiencia sexual sin base psicológica u orgánica;
30. obesidad, reducción o modificación del peso a través de procedimiento quirúrgico, incluyendo sin estar limitado taxativamente a todas las formas o nombres utilizados en conexión con una cirugía bariátrica o reverso de ésta, o cualquier consecuencia o síntoma relacionado a, o en conexión con ésta, excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
31. tratamiento podiátricos como pies planos o luxación, callos, callosidades, rigidez valgo (hallux valgus), juanetes o uñas enterradas, pronación, quejas sintomáticas de los pies, deformidades o anomalías congénitas o hereditarias, calzado ortopédico, dispositivos de corrección, soportes o plantillas ortopédicas y cualquier otro artículo o dispositivo ortopédico en conexión con o relacionado con cualquiera de estos;
32. participación directa en deportes peligrosos; excepto si se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
33. renta o compra de Equipo Médico Durable; excepto si se indica de otra manera en la Plan de Beneficios;
34. suministros y artículos de confort para el uso personal del paciente, de su familia y/o del proveedor; excepto aquellos bajo la Sección IV. Beneficios, artículo # 2 de esta Póliza;
35. asistencia o cuidado personal, ayuda con actividades cotidianas, cuidado de ancianos, cuidados a largo plazo. Los cuidados a largo plazo o de asistencia personal incluyen, pero no está taxativamente limitado a la asistencia de condiciones crónicas, lesiones y/o enfermedades cuya respuesta al máximo nivel de terapia física alcanzada, no justifica o anticipa mejoras funcionales adicionales;
36. ayuda domiciliaria; con excepción a los Cuidados de Salud en el Hogar (según se define) y después de una hospitalización cubierta y según se indica en el Plan de Beneficios;
37. confinamiento en un hospital con la intención de obtener cuidado médico, ayuda personal a largo plazo o mejoras de condiciones crónicas, cuando un procedimiento o tratamiento pudo haberse realizado como paciente ambulatorio o en un entorno ambulatorio;
38. cualquiera de las siguientes medicinas, fórmulas, suministros y/o dispositivos, aun cuando sean prescritas por un médico:
 - a. experimentales o de investigación;
 - b. de acceso libre, sin restricción facultativa (OTC), incluyendo cualquier tipo de vitaminas;
 - c. suministros de primeros auxilios, suplementos nutricionales o dietéticos, fórmulas para bebe, e inhibidores de apetito, y/o cualquier otro suministro igual o similar;
 - d. productos anti-envejecimiento, antimicóticos y/o para dejar de fumar;
 - e. tratamientos de alergias; excepto si este beneficio se indica de otra manera en el Plan de Beneficios;
 - f. disfunción eréctil;
 - g. píldoras anticonceptivas y dispositivos, aunque haya sido prescrito para cualquier otro uso; y
 - h. prescritas para condiciones que no están cubiertas por esta Póliza, entre otros;
39. epidemia y/o pandemia que haya sido decretada por la Organización Mundial de la Salud; excepto la enfermedad de Covid-19
40. contaminación química o contaminación radioactiva, directa o indirecta, de cualquier tipo de material nuclear o por combustión de combustible nuclear, asbestosis, o cualquier otra condición relacionada con estos;
41. cualquier enfermedad, lesión y/o accidente resultante u originado durante el desempeño de sus funciones:
 - a. en las fuerzas armadas (cualquier de sus ramas) federales, guardia nacional; en cuerpos locales como son bomberos, policía, unidades de rescate, y seguridad nacional de cualquier país;
 - b. guerra, invasión, acciones hostiles de enemigo extranjero (con o sin declaración de guerra), guerra civil, conmoción civil, guerrilla, insurrección, poder militar o poder usurpado, rebelión, disturbio, huelga, ley marcial, estado de sitio, o intención de derrocar un gobierno;
 - c. actos terroristas, terrorismo (según se define);
 - d. actividades ilegales, incluyendo encarcelamiento por actos civiles o criminales;
42. cualquier beneficio o gastos cubiertos, por incumplimiento de las condiciones estipuladas bajo la Sección V. Extensión de Estadía en el Extranjero.

VII. Administración de Reclamaciones

1. **Utilización de Beneficios.** En caso de una emergencia médica o certidumbre de una condición médica, o cirugía programada, usted deberá comunicarse previamente con la Compañía para obtener la Pre-Certificación y aprobación necesaria.
2. **Pre-Certificación.** Algunos de los beneficios cubiertos por esta Póliza están sujetos a previa notificación, aprobación y pre-certificación de la Compañía setenta y dos (72) horas previas al servicio o tratamiento programado. Durante el proceso de pre-certificación, la Compañía podrá confirmar elegibilidad y proveer la Pre-Certificación por escrito al proveedor. Los servicios que requieren Pre-Certificación están indicados en el Plan de Beneficios. Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza conllevan penalidades, según se indica en el Plan de Beneficios, cuando no se cumple con el requisito de Pre-Certificación. Usted deberá comunicarse con el Administrador de Reclamos de Salud de la Compañía al número de teléfono listado en su Tarjeta de Identificación para evitar penalidades.
3. **Pre-Certificación no garantiza el Pago de Beneficios.** Los beneficios médicos cubiertos están sujetos a elegibilidad, pre-certificación y en todos los aspectos a los términos y condiciones, definiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza y serán evaluados en el momento que los gastos sean incurridos y presentados a la Compañía. Una Pre-Certificación escrita o verbal, no garantiza o valida el pago de beneficios bajo esta Póliza.
4. **Red de Proveedores.** Los servicios cubiertos son provistos a través de la Red de Proveedores afiliada con la Compañía, cuando así sea indicado en el Plan de Beneficios. Los servicios provistos "Fuera de la Red" podrían resultar en reducción del pago beneficio o impago, según se indica en la Plan de Beneficios.
5. **Presentación de Reclamación.** Todas las solicitudes de reembolso deberán ser enviadas a la dirección que aparece en su Tarjeta de Identificación. Para recibir el reembolso, la siguiente documentación deberá ser presentada a la Compañía para su evaluación:

- a. Formulario de Reclamación por cada persona asegurada, debidamente completado y firmado por el médico tratante especificando con detalles los procedimientos, servicios, tratamiento y diagnóstico. El Formulario de Reclamación podrá obtenerse a través del Representante Autorizado o la Compañía;
- b. Facturas y recibos de pagos originales detallados por tratamientos, servicios, prescripciones y gastos médicos. Las facturas deberán incluir el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha del servicio, diagnóstico, descripción detallada de los servicios y los cargos en la moneda local del país donde los servicios fueron realizados;
- c. Copia de recetas de medicamentos, resultados de los exámenes de diagnóstico (laboratorios, rayos x, entre otros);
- d. Cualquier otro documento adicional que la Compañía considere necesario para la evaluación y consideración de pago de la reclamación presentada.

Las reclamaciones de beneficios y/o reembolsos deberán ser presentadas y recibida en la Compañía dentro de los ciento ochenta (180) días subsiguientes a la fecha del servicio. Las reclamaciones presentadas después de los ciento ochenta (180) días de la fecha del servicio, serán declinadas.

6. **Autorización de Información Médica.** El Asegurado Principal y Dependiente(s) asegurados por esta Póliza, acuerda firmar el Formulario de Autorización para permitir a todo hospital, médico, profesional o entidad que le haya proporcionado servicios o suministros y por los cuales este reclamando beneficios, a revelar a Redbridge Insurance Company, Ltd., sus afiliadas y/o designados toda información médica o archivo relacionado con el mismo. La persona cubierta es responsable por cualquier gasto relacionado.
7. **Derecho a Examinar o Autopsia.** La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona cubierta, por quien se esté presentando una reclamación, por un médico designado por la Compañía siempre y cuando lo estime necesario; y en caso de muerte, de solicitar una autopsia donde no se encuentre prohibido por la ley.
8. **Coordinación de Beneficios.** Es responsabilidad del Asegurado Principal de informar a la Compañía sobre cualquier otra cobertura de salud o seguro médico, incluyendo, pero no taxativamente limitado a salud, viajero, accidente, gubernamental, Medicare, Medicaid, compensación laboral (workmen's compensation) y/o seguro de automóvil, entre otros y el cual será considerado su plan "primario". Los beneficios pagados por el plan "primario" serán aplicados al deducible de esta Póliza y solo después los beneficios de esta Póliza comenzarán para los servicios cubiertos, que no fueron pagados por su plan "primario". La persona asegurada es responsable de presentar la "Explicación de Beneficios" (EOB) provista por cualquier otra Aseguradora, como evidencia de los beneficios pagados por el plan "primario" y copia de las facturas presentadas con la reclamación.
9. **Pago de Beneficios.** El pago de todos los beneficios bajo esta Póliza está sujeto a los cargos Razonable, Acostumbrados y Usuales (RCU). La Compañía tiene el derecho de pagar cualquier beneficio de salud al proveedor de servicio. Si el proveedor de servicios no está afiliado a la Red de Proveedores, o no acepta el pago directo de la Compañía, la persona asegurada deberá pagar directamente al proveedor de servicios y presentar su reclamación a la Compañía para el reembolso de dicho gasto. Los pagos de beneficios o reembolsos serán realizados en moneda local bajo la cual los gastos fueron incurridos, o sujeto a la tarifa de cambio en vigor en el momento que el gasto fue incurrido, según sea aprobado por la Compañía.
10. **Sobrepago/Exceso de Pago.** La Compañía se reserva el derecho de solicitar y recobrar del asegurado y/o proveedor de servicios pertinente, cualquier pago de beneficios realizado en exceso (sobrepago) bajo esta póliza. Cuando la suma reembolsado no satisfaga en su totalidad la cantidad del pago en exceso requerido por la Compañía, nosotros procederemos a: (i) reducir o descontar la porción adeudada de cualquier pago elegible en futuras reclamaciones; (ii) cancelar la póliza mediante aviso previo por escrito de treinta y un (31) días al asegurado principal a la última dirección registrada en la póliza; y/o (iii) reducir o descontar cualquier cantidad obligada a la Compañía de la prima a ser devuelta al asegurado principal resultado de la cancelación de la póliza.
11. **Proceso de Apelación de Reclamaciones.** La Compañía proveerá una "Explicación de los Beneficios" (EOB) listando todos los servicios y cargos procesados. El Asegurado Principal tiene el derecho de solicitar una revisión justa y completa de su reclamación, relacionada con la liquidación o declinación de la misma. El proceso de Apelación de Reclamaciones se indica a continuación:
 - a. dentro de los próximos sesenta (60) días de haber recibido la declinación de una reclamación, se deberá presentar una carta a la Compañía indicando las razones para la apelación y cualquier otra información adicional que apoye la misma;
 - b. la carta de apelación deberá incluir el número de Póliza, el nombre completo del Asegurado principal, el nombre del reclamante (paciente o persona asegurada, si es diferente al Asegurado principal), la información de proveedor de servicios, cantidad de la reclamación y la fecha en que fue declinada la reclamación; y
 - c. dentro de los sesenta (60) días de haberse recibido la carta de apelación, la Compañía notificará al Asegurado Principal la decisión final y la razón específica por dicha decisión. Si una revisión extensa es requerida, la decisión final deberá ser alcanzada dentro de ciento veinte (120) días de la fecha en que la carta de apelación fue recibida en la Compañía.
12. **Subrogación.** La Compañía se reserva el pleno derecho a subrogación y reembolso de cualquier y toda cantidad pagada por la Compañía a o en representación de, cualquier persona asegurada con derecho a beneficios bajo esta Póliza, cuando una persona asegurada reciba pago por cualquier persona, plan, o entidad legalmente obligada a realizar pagos resultantes de actos u omisiones de cualquier persona, ya sea una tercera persona o cualquier otra persona cubierta bajo esta Póliza, que causaron directa o indirectamente una lesión corporal, enfermedad, condición mental o necesidad de tratamientos en conexión con el pago de cualquier beneficio bajo esta Póliza, o en representación de, o que hiciera dicha persona.

La persona asegurada acuerda proveer información y asistir a la Compañía, y ejecutar y proveer cualquier prueba necesaria según solicitado por la Compañía o sus designados que facilite el derecho de subrogación y recobro de cualquier deuda; y la ejecución de cualquier formulario de consentimiento, relevo, asignación y/o cualquier otra documentación que la Compañía entienda necesaria durante el proceso. La persona asegurada no deberá tomar acción alguna que pueda imposibilitar los derechos de subrogación de la Compañía y no deberá relevar a ninguna persona de sus obligaciones a la persona asegurada o la Compañía. La persona asegurada es responsable por todos los gastos de recuperación de dichas partes u otras personas.

VIII. Otras Disposiciones Importantes

1. **Acción Legal.** Ninguna acción, legal o por normas de equidad, para el cobro de beneficios bajo esta Póliza podrá ser establecida durante los siguientes sesenta (60) días de haberse presentado toda la evidencia documental a la Compañía. Ninguna otra acción, legal o por normas de equidad, podrá establecerse por cualquier disputa, reclamación y/o controversia resultante de, o relacionada con esta Póliza, o cualquier asunto que esté relacionado directo o indirectamente con esta cobertura de seguro por la cual se alcanzó una decisión final y vinculante durante un foro de arbitraje.
2. **Cláusula de Arbitraje.** Cualquier y toda disputa, reclamación y/o controversia resultante de, o relacionada con esta Póliza o cualquier asunto que tenga que ver directa o indirectamente con esta cobertura de seguro que no pueda ser resuelta entre las partes deberá ser resuelta en privado y confidencialmente a través de un arbitraje vinculante, sin apelación. La solicitud de arbitraje deberá ser por escrito y enviada por vía correo certificado o registrado, o servicio de mensajería internacional licenciada. Cada parte deberá escoger un (1) árbitro y los dos (2) árbitros deberán escoger un tercer (3er) árbitro que sea imparcial para presidir el foro de arbitraje. Si cualquiera de las partes no seleccionara su árbitro dentro de un período de treinta y un (31) días después de haber sido notificado por la otra parte, este último, podrá escoger un segundo (2do) árbitro después de cumplidos los diez (10) días de haberse enviado la notificación escrita por vía certificada o registrada de su intención de hacer esto. El arbitraje tendrá lugar y será regido bajo las leyes de Barbados. La decisión final presentada por escrito por cualquiera de dos (2) árbitros deberá ser final y vinculante. El panel deberá interpretar este contrato como un contrato honorable y no como una obligación legal y deberá hacer su decisión considerando la costumbre y práctica utilizada en el negocio de seguros, y lo antes posible, al haberse concluido el foro. Los gastos de arbitraje serán compartidos equitativamente entre el Asegurado Principal y la Compañía.
3. **Monitoreo y Grabación de Conversaciones y Comunicaciones Telefónicas.** La Compañía se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que considere necesarias durante la prestación de beneficios y servicios relacionados con esta Póliza. El Asegurado Principal y Dependiente(s), acuerdan expresamente esta modalidad y la posible utilización de estas como evidencia en caso de una controversia en conexión con un beneficio o servicio provisto.

REDBRIDGE SE RESERVA EL DERECHO DE ERRORES Y OMISIONES

REDBRIDGE INSURANCE COMPANY, Ltd.



Edmund Santiago, ASA, MAAA
Presidente y Primer Oficial Ejecutivo