

CONDICIONES DE COBERTURA



EFFECTIVA 1 DE MARZO DE 2026

CONTENIDO

ART. 1	ACUERDO	3
ART. 2	EMISIÓN DE LA PÓLIZA	3
ART. 3	VIGENCIA DE LA COBERTURA	4
ART. 4	ELEGIBILIDAD Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	4
ART. 5	COSTO COMPARTIDO.....	7
ART. 6	ACCESO A PROVEEDORES.....	8
ART. 7	DISPOSICIONES DE COBERTURA.....	9
ART. 8	GASTOS CUBIERTOS.....	10
ART. 9	OTROS SERVICIOS	27
ART. 10	EXCLUSIONES.....	28
ART. 11	REQUISITO DE NOTIFICACIÓN PARA PREAUTORIZACIÓN Y COORDINACIÓN.....	32
ART. 12	PROCESO DE RECLAMACIÓN.....	34
ART. 13	ADMINISTRACIÓN: ARTÍCULOS GENERALES.....	36
ART. 14	DEFINICIONES.....	45



MEDICAL
ELITE™ *Pro*

PREMIER
PLUS™ *Pro*

GLOBAL
CARE™ *Pro*

MEDICAL
CARE™ *Pro*

MEDICAL
SELECT™ *Pro*

ART. 1 ACUERDO

Sujeto al pago de la prima correspondiente, la Aseguradora se compromete a pagar hasta el beneficio indicado en la Tabla de Beneficios, por Asegurado y por Año Póliza, por los Gastos Cubiertos y demás beneficios previstos en la presente Póliza.

Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta Póliza, incluyendo cualquier Deducible Individual y/o Coaseguro aplicable, según lo definido en esta Póliza.

ART. 2 EMISIÓN DE LA PÓLIZA

2.1 Esta Póliza ha sido negociada, emitida y entregada en Bermudas. Esta Póliza es un plan de seguro médico internacional y puede no cumplir con las coberturas obligatorias exigidas por las autoridades y la jurisdicción del País de Residencia del Asegurado o de cualquier otro país.

2.2 Derecho de Diez (10) Días para Examinar la Póliza

El Contratante tiene el derecho de examinar y devolver la Póliza dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción si no está conforme con la cobertura ofrecida.

La Póliza podrá ser devuelta directamente a la Aseguradora o a través del Consultor Independiente. En caso de devolución, la Póliza se considerará nula como si nunca hubiese sido emitida. La Aseguradora reembolsará al Contratante la prima pagada, menos el monto cobrado por concepto de gastos administrativos.

2.3 Si la Póliza no es devuelta dentro del período de diez (10) días, cualquier solicitud de devolución de primas será procesada de acuerdo con lo estipulado en el artículo "Devolución de Prima no Devengada".

2.4 Aviso Importante sobre la Solicitud de Seguro Médico

La Aseguradora ha emitido la Póliza con base en la información proporcionada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro Médico correspondiente. Al aceptar la presente Póliza, el Asegurado Titular declara que las manifestaciones fueron realizadas de buena fe en nombre de todos los Asegurados. Independientemente de que sea o no relevante para una reclamación presentada por un Asegurado, cualquier omisión involuntaria o cualquier declaración falsa, ocultamiento, engaño, omisión de información o simulación contenida en la Solicitud de Seguro Médico de cualquier Asegurado que pueda afectar la suscripción del riesgo o que dé lugar a una posible agravación del riesgo, podrá ser causa de cancelación, rescisión o modificación de la Póliza, a discreción de la Aseguradora. La Aseguradora únicamente será responsable de reembolsar la prima no devengada correspondiente al tiempo restante antes del vencimiento de la Póliza, a partir de su terminación, conforme a lo estipulado en el artículo "Devolución de Prima no Devengada". Si se determina que cualquiera de dichas manifestaciones no fue hecho de buena fe, tenía por objeto engañar a la Aseguradora, o fue de otro modo fraudulenta, la Aseguradora no estará obligada a devolver ninguna porción de la prima no devengada, conforme a lo estipulado en el artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

2.5 En caso de cancelación, rescisión o modificación de la Póliza, la Aseguradora quedará liberada de toda responsabilidad por el pago de los beneficios y obligaciones estipulados en la misma desde el momento en que dicha cancelación, rescisión o modificación surta efecto.

ART. 3 VIGENCIA DE LA COBERTURA

Siempre que se haya pagado la prima total correspondiente, la cobertura comenzará a las 00:01 horas, Hora Estándar del Este (EE. UU.), en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza y finalizará a las 24:00 horas, Hora Estándar del Este (EE. UU.), en la Fecha de Renovación de la Póliza.

La cobertura tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período similar, siempre que se realice el pago total de la prima correspondiente, sujeta a los términos, condiciones, disposiciones, Exclusiones y Definiciones de la Póliza, y en ausencia de cualquier instancia de fraude, declaración falsa, omisión, o, de cualquier otra forma, de conducta reprochable por parte del Asegurado Titular o de los Asegurados Dependientes, y cuyos términos renovarán su vigencia en la Fecha de Renovación. La Póliza también terminará cuando sea cancelada de conformidad con el artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño". No obstante lo anterior, la cobertura de un Asegurado podrá cesar cuando la cobertura termine para dicho Asegurado según se establece en el artículo "Elegibilidad y Terminación de la Cobertura".

ART. 4 ELEGIBILIDAD Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

4.1 Asegurado Titular

El Asegurado Titular deberá cumplir con los siguientes requisitos al momento de la emisión de la Póliza:

- a. Su País de Residencia no deberá ser los Estados Unidos de América.
- b. Deberá tener entre dieciocho (18) y setenta y cuatro (74) años de edad.
- c. Si tiene sesenta y cuatro (64) años de edad o más, deberá proporcionar cualquier evidencia médica o documentación que la Aseguradora razonablemente requiera para evaluar la elegibilidad.

La cobertura del Asegurado Titular terminará al fallecer o:

- a. Si se convierte en Residente de los Estados Unidos de América a partir de la siguiente Fecha de Renovación.
- b. Si no se paga la prima total correspondiente.
- c. Si la Póliza se cancela a solicitud del Contratante.
- d. De conformidad con lo estipulado en el artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

4.2 Asegurado Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho

El Asegurado Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho deberá cumplir con los siguientes requisitos cuando su cobertura entre en vigor:

- a. Su País de Residencia no deberá ser los Estados Unidos de América.
- b. Deberá tener entre dieciocho (18) y setenta y cuatro (74) años de edad.

- c. Si tiene sesenta y cuatro (64) años de edad o más, deberá proporcionar cualquier información médica adicional requerida por la Aseguradora.
- d. Deberá presentar prueba de matrimonio u otros documentos que acrediten su condición de Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho con el Asegurado Titular.

La cobertura del Asegurado Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho terminará al fallecer o:

- a. Si se convierte en Residente de los Estados Unidos de América a partir de la siguiente Fecha de Renovación.
- b. Si no se paga la prima total correspondiente.
- c. Si la relación conyugal con el Asegurado Titular finaliza por divorcio o anulación, o si termina la relación de convivencia/pareja de hecho.
- d. Si el Contratante solicita retirarlo de la Póliza.
- e. Si la Póliza se cancela a solicitud del Contratante.
- f. De conformidad con lo estipulado en el artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

4.3 Asegurado Hijo Dependiente

El Hijo Dependiente deberá cumplir con los siguientes requisitos cuando su cobertura entre en vigor:

- a. Su País de Residencia no deberá ser los Estados Unidos de América.
- b. Deberá ser menor de dieciocho (18) años de edad y soltero, o tener entre dieciocho (18) y veinticuatro (24) años de edad, ser soltero y ser estudiante de tiempo completo en una Universidad o Institución Acreditada.
- c. Deberá presentar certificado de nacimiento u otro documento que acredite su relación con el Asegurado Titular.

La cobertura del Asegurado Hijo Dependiente terminará al fallecimiento del mismo o:

- a. Si se convierte en Residente de los Estados Unidos de América a partir de la siguiente Fecha de Renovación.
- b. Si no se paga la prima total correspondiente.
- c. Si contrae matrimonio.
- d. Si tiene entre dieciocho (18) y veinticuatro (24) años de edad y deja de ser estudiante de tiempo completo en una Universidad o Institución Acreditada a más tardar en la siguiente Fecha de Renovación de la Póliza.
- e. En la siguiente Fecha de Renovación de la Póliza posterior a cumplir veinticuatro (24) años de edad.
- f. Si el Contratante solicita retirarlo de la Póliza.
- g. Si la Póliza se cancela a solicitud del Contratante.
- h. De conformidad con lo estipulado en el artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

4.4 No se aplica edad máxima para la renovación del Asegurado Titular ni del Asegurado Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho.

4.5 Continuidad de Cobertura para Asegurados Dependientes

- a. Un Hijo Dependiente que deje de calificar como Asegurado Hijo Dependiente debido a su edad o estado civil podrá solicitar su propia Póliza bajo un plan similar sin estar sujeto a una nueva evaluación de riesgo, completando un Formulario de Solicitud de Continuidad de Cobertura y pagando la prima total correspondiente antes de que finalice el Período de Gracia de la Fecha de Renovación de la Póliza posterior al evento correspondiente. En virtud de la nueva Póliza individual, el nuevo Asegurado Titular estará sujeto a los mismos términos, condiciones, Enmiendas, Exclusiones y restricciones que tenía como Asegurado Hijo Dependiente bajo la Póliza anterior.
- b. Si el Asegurado Titular deja de ser elegible, los Asegurados Dependientes podrán solicitar cobertura bajo una o más Pólizas de seguro nuevas bajo un plan similar sin someterse a una nueva evaluación de riesgo, siempre que continúen siendo elegibles para la cobertura. La nueva Póliza estará sujeta a los mismos términos, condiciones, Enmiendas, Exclusiones y restricciones que tenían los Asegurados Dependientes bajo esta Póliza. Deberán presentar un Formulario de Solicitud de Continuidad de Cobertura y pagar la prima total correspondiente a la Aseguradora antes de que finalice el Período de Gracia de la Fecha de Renovación de la Póliza bajo la cual eran Asegurados Dependientes.
- c. Para recibir beneficios de Cuidados de Maternidad, Complicaciones del Embarazo y Parto, y Extracción y Preservación de Células Madre, una Asegurada Hija Dependiente que ha estado cubierta por más de diez (10) meses bajo la Póliza de sus padres deberá solicitar cobertura bajo su propia Póliza individual como Asegurada Titular o Cónyuge bajo un plan similar con los mismos beneficios de maternidad del plan de sus padres. El Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses para recibir dichos beneficios será eliminado al momento de emitirse la nueva Póliza cuando así se especifique en la Tabla de Beneficios.

4.6 Cobertura de Asegurados Dependientes Después del Fallecimiento del Asegurado Titular

Si el Asegurado Titular fallece y los Asegurados Dependientes son elegibles para el Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular, según se indique en la Tabla de Beneficios y en el artículo "Gastos Cubiertos", el Contratante (o, si el Contratante es la misma persona que el Asegurado Titular, el Beneficiario designado o los herederos legales del Asegurado Titular) podrá optar por mantener la cobertura para los Asegurados Dependientes elegibles bajo la Póliza y los Anexos, presentando un Formulario de Solicitud de Continuidad de Cobertura sin tener que pagar las primas correspondientes durante el período indicado en la Tabla de Beneficios, contado a partir de la siguiente Fecha de Vencimiento o Fecha de Renovación de la Póliza, la que ocurra primero, siempre que la causa del fallecimiento del Asegurado Titular se deba a una Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta Póliza. Durante este período, los Asegurados Dependientes, o en su caso el Contratante o el Representante Legal, seguirán siendo plenamente responsables de cualquier pago por adelantado por servicios, de los Deducibles Individuales y Familiar, y de cualquier costo administrativo u otros costos no cubiertos conforme a los términos de la Póliza. Al finalizar el período de exoneración indicado en la Tabla de

Beneficios, deberá pagarse la prima total correspondiente para todos los Asegurados elegibles a fin de mantener su cobertura durante el siguiente Año Póliza.

4.7 Adición de Recién Nacidos

- a. Un recién nacido que resulte de un Embarazo Cubierto que no sea producto de Tecnología de Reproducción Asistida podrá ser añadido a la Póliza como Asegurado Hijo Dependiente sin estar sujeto a evaluación de riesgo, siempre que el niño califique como Hijo Dependiente, la Aseguradora sea notificada dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de nacimiento del recién nacido y reciba una copia del certificado de nacimiento, y se reciba el monto de la prima adicional correspondiente para asegurar al Hijo Dependiente. Para recién nacidos que no sean añadidos dentro de los sesenta (60) días siguientes a su fecha de nacimiento, deberá presentarse una Solicitud de Seguro Médico y serán sometidos a evaluación de riesgo.
- b. Un Hijo Dependiente recién nacido que no resulte de un Embarazo Cubierto o que resulte de una Tecnología de Reproducción Asistida podrá ser Asegurado Hijo Dependiente bajo esta Póliza tras la presentación de una Solicitud de Seguro Médico, la aceptación por parte de la Aseguradora y la recepción del monto de la prima adicional correspondiente para asegurarlo.

ART. 5 COSTO COMPARTIDO

5.1 Deducible

La Póliza contiene una disposición de Deducible que debe cumplirse antes de que los Gastos Cubiertos sean pagaderos bajo esta Póliza. Los Deducibles Individuales y Familiar están sujetos a cualquier exoneración u otras condiciones establecidas en la presente. Su Deducible se especifica en su Certificado de Cobertura.

5.1.1 Cualquier Gasto Cubierto incurrido por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del Año Póliza que se utilice para satisfacer el Deducible Individual de ese Año Póliza será transferido y aplicado al Deducible Individual del Asegurado para el siguiente Año Póliza.

5.1.2 En caso de Accidente Grave, según se define en la presente, el Deducible Individual será eliminado para la primera Hospitalización Médicamente Necesaria siguiente a dicho Accidente Grave. Para cualquier tratamiento subsiguiente se aplicará el Deducible Individual.

5.1.3 El Deducible Individual será exonerado hasta un monto máximo de cinco mil dólares (US\$5,000) por evento en caso de una Emergencia, según se define en la presente, que ocurra mientras el Asegurado se encuentre viajando por negocios o turismo fuera de su País de Residencia, pero dentro de su Área de Cobertura, según se define en la presente. El Asegurado deberá presentar prueba de viaje, como pasaporte con las fechas de entrada y salida correspondientes o copia de la visa de negocios o de turista (no inmigrante). Este beneficio cubre tratamientos Médicamente Necesarios incurridos o recibidos en Hospitales, salas de Emergencias, centros de atención de urgencias, clínicas ambulatorias y consultas médicas privadas, y está sujeto a las siguientes consideraciones:

- a. Los eventos relacionados con condiciones médicas crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc., solo calificarán para este beneficio si el paciente ha estado estable y sin cambios en el tratamiento de la condición en cuestión durante al menos los últimos seis (6) meses previos a la Emergencia.
- b. El Deducible Individual será exonerado únicamente para los gastos Medicamento Necesarios incurridos o indicados durante la atención de dicha Emergencia. Un seguimiento inmediato Medicamento Necesario dentro de los siguientes quince (15) días relacionado con el mismo evento también estará exento del Deducible Individual. Para cualquier otro evento médico o tratamiento posterior, incluyendo, entre otros, terapias físicas y de rehabilitación y Medicamentos por Prescripción Médica, aplicará el Deducible Individual correspondiente.

5.1.4 El Deducible Individual será reducido en un cincuenta por ciento (50%) para el Asegurado que no haya presentado reclamaciones durante tres (3) Años Póliza consecutivos, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios. Este beneficio no aplica en el caso del Deducible Familiar. Una vez presentada una reclamación, un nuevo período de tres (3) Años Póliza comenzará en la siguiente Fecha de Renovación para volver a calificar para este beneficio. Un cambio a otro Deducible Individual o a un plan que ofrezca también este beneficio no interrumpe el período de tres (3) Años Póliza sin presentar reclamaciones, pero el menor de los beneficios aplicará hasta que inicie un nuevo período de tres (3) Años Póliza. Este beneficio aplica únicamente a Deducibles Individuales iguales o inferiores a cinco mil dólares (US\$5,000). Los Exámenes Médicos de Rutina y las reclamaciones en las que la Aseguradora no emita pagos a un Proveedor o al Asegurado Titular no serán tomados en cuenta para calificar para este descuento.

5.2 Coaseguro

El Coaseguro es el porcentaje de los Gastos Cubiertos por costos médicos que el Asegurado debe asumir después de cumplir con su Deducible Individual.

Si su plan está sujeto a Coaseguro, se especificará en su su Tabla de Beneficios y Certificado de Cobertura.

ART. 6 ACCESO A PROVEEDORES

Su Acceso a Proveedores dentro del Área de Cobertura seleccionada se indica en la Tabla de Beneficios.

6.1 Red de Proveedores en EE. UU.

Si su plan está sujeto a una Red de Proveedores en EE. UU., se indicará en su Tabla de Beneficios. La Aseguradora pagará a estos Proveedores directamente por los Gastos Cubiertos siempre que sea posible. Para determinar si un Proveedor es parte de la Red de Proveedores en EE. UU. de su plan, los Asegurados deberán comunicarse con la Aseguradora antes de programar o recibir cualquier servicio médico.

Los Gastos Cubiertos resultantes de tratamiento fuera de la Red de Proveedores en EE. UU. podrán estar sujetos a un Cargo por Fuera de la Red del cuarenta por ciento (40%) de los cargos elegibles. El pago

a Proveedores no preferidos se realizará mediante reembolso hasta el monto de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR), ya que puede que estos Proveedores no acepten pagos efectuados directamente por la Aseguradora.

6.2 Red de Proveedores de Centros de Excelencia de Best Doctors Insurance

Algunos beneficios de su plan pueden estar sujetos al uso de la Red de Proveedores de Centros de Excelencia de Best Doctors Insurance. Para determinar si un Proveedor es parte de la Red de Proveedores de Centros de Excelencia de Best Doctors Insurance, los Asegurados deberán comunicarse con la Aseguradora antes de programar o recibir cualquier servicio médico. Se recomienda obtener directamente de la Aseguradora la lista actualizada de Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Centros de Excelencia de Best Doctors Insurance. La Red de Proveedores de Centros de Excelencia de Best Doctors Insurance puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

6.3 Red de Maternidad de Best Doctors Insurance

Algunos beneficios de su plan pueden estar sujetos al uso de la Red de Maternidad de Best Doctors Insurance. Para determinar si un Proveedor es parte de la Red de Maternidad de Best Doctors Insurance, los Asegurados deberán comunicarse con la Aseguradora antes de programar o recibir cualquier servicio médico. Se recomienda obtener directamente de la Aseguradora la lista actualizada de Proveedores que forman parte de la Red de Maternidad de Best Doctors Insurance. La Red de Maternidad de Best Doctors Insurance puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

6.4 Red de Proveedores Premium

Los Gastos Cubiertos derivados de tratamientos recibidos dentro de la Red de Proveedores Premium podrán estar sujetos al pago de un Coaseguro cuando así se especifique en la Tabla de Beneficios. Para determinar si un Proveedor es parte de la Red de Proveedores Premium, los Asegurados deberán comunicarse con la Aseguradora antes de programar o recibir cualquier servicio médico. Se recomienda obtener directamente de la Aseguradora la lista actualizada de Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores Premium. La Red de Proveedores Premium puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

6.5 La Aseguradora no es un Proveedor médico y no es responsable de la atención médica recibida de un Proveedor que forme parte de cualquiera de estas redes.

ART. 7 DISPOSICIONES DE COBERTURA

7.1 Monto Máximo Cubierto

El Monto Máximo Cubierto es el monto máximo que la Aseguradora pagará en cualquier Año Póliza por todos los beneficios cubiertos en el Área de Cobertura seleccionada para un Asegurado bajo esta Póliza. Todos los límites de beneficios, incluidos los del Anexo (si es seleccionado), se acumulan para efectos del Monto Máximo Cubierto.

El Monto Máximo Cubierto por Asegurado por Año Póliza se indica en la Tabla de Beneficios.

7.2 Período de Espera de la Póliza

Esta Póliza tiene un Período de Espera de la Póliza de treinta (30) días, que inicia en la Fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado. Durante este período, la cobertura aplicará únicamente a Enfermedades o Lesiones ocasionadas por un Accidente cubierto o a una condición de origen infeccioso que ocurra o se manifieste por primera vez durante este período. Cualquier otra condición o síntoma que no sea ocasionado por un Accidente cubierto o por una condición de origen infeccioso que ocurra durante el Período de Espera de la Póliza estará permanentemente excluido de cobertura.

7.3 Período de Espera del Beneficio

Ciertos beneficios de esta Póliza contienen un Período de Espera del Beneficio, los cuales se indican en la Tabla de Beneficios. El Período de Espera del Beneficio inicia en la Fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado. Cuando se agregue un nuevo beneficio o Módulo, el Período de Espera del Beneficio se calculará a partir de la Fecha de Renovación en que dicho beneficio o Módulo entre en vigor, conforme se muestre en la Tabla de Beneficios.

ART. 8 GASTOS CUBIERTOS

Todos los beneficios aplican por Asegurado, por Año Póliza, y están sujetos a cualquier Deducible Individual y Familiar, Coaseguro, cargos o tarifas adicionales y Exclusiones aplicables y demás términos de la Póliza, salvo que se especifique lo contrario en la Tabla de Beneficios. Cualquier limitación establecida durante el proceso de suscripción prevalecerá sobre lo estipulado en la Tabla de Beneficios. La Aseguradora pagará los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) por los siguientes Gastos Cubiertos incurridos por un Asegurado, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios.

Ciertos tipos de gastos médicos incurridos pueden tener limitaciones o condiciones específicas que deben cumplirse para ser considerados Gastos Cubiertos bajo la Póliza. Ciertos gastos médicos solo se considerarán Gastos Cubiertos en la medida en que estén incluidos en la presente y en la Tabla de Beneficios, y únicamente conforme a los términos y condiciones establecidos a continuación en este artículo.

8.1 Beneficios de Hospitalización

8.1.1 Admisión Hospitalaria

Los Gastos Cubiertos por alojamiento y comidas diarias (habitación y alimentación) durante una admisión hospitalaria incluyen cargos por hospedaje, alimentación, servicios de enfermería y suministros básicos, ya sea en Habitación Privada (ocupación individual) o Habitación Semiprivada (compartida con otro paciente). Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.1.2 Unidad de Cuidados Intensivos

Los Gastos Cubiertos por los cargos diarios asociados con la admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital, incluyendo enfermería especializada, monitoreo, sistemas de soporte vital y

los consumibles relacionados Médicamente Necesarios para pacientes en estado crítico. Este beneficio requiere Preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación.

8.1.3 Alojamiento y Alimentación en Hospital para Acompañante de Asegurado Hospitalizado

Los Gastos Cubiertos incluidos en la factura del Hospital relacionados con el alojamiento hospitalario nocturno y las comidas para un (1) acompañante de un Asegurado hospitalizado (sin límite de edad). Para que el alojamiento esté cubierto, la estancia hospitalaria del Asegurado debe considerarse un Gasto Cubierto conforme a esta Póliza.

8.1.4 Procedimientos de Diagnóstico Durante Hospitalización

Los Gastos Cubiertos por exámenes y procedimientos de diagnóstico Médicamente Necesarios realizados durante una Hospitalización, incluyendo, entre otros, pruebas de laboratorio, estudios de imagen (radiografías, tomografías computarizadas, resonancia magnética, ultrasonido), gastroscopia, colonoscopia, biopsia, patología, estudios de electrofisiología cardíaca (EP) y otros exámenes diagnósticos requeridos para monitorear, confirmar o evaluar la condición del paciente. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando dichos servicios sean ordenados por el Médico tratante y estén directamente relacionados con la causa de la Hospitalización.

8.1.5 Medicamentos por Prescripción Médica Durante Hospitalización

Los Gastos Cubiertos por medicamentos, incluyendo medicamentos para alergias y Medicamentos Altamente Especializados, se limitan a aquellos que:

- a. Sean prescritos durante una Hospitalización.
- b. Estén aprobados por la FDA o la EMA para el tratamiento de la condición médica del Asegurado.

8.1.6 Rehabilitación Durante la Hospitalización

Los Gastos Cubiertos por Terapia Física, Terapia Respiratoria, Rehabilitación Cardíaca, terapia del habla y Terapia Ocupacional, cuando sean prescritos y certificados por el Médico tratante, sean Médicamente Necesarios para tratar la condición y sean proporcionados por un profesional con licencia en el país donde se realiza el tratamiento.

8.2 Beneficios en Internación o Ambulatorios en Hospital

8.2.1 Sala de Emergencias

Los Gastos Cubiertos por tratamiento Médicamente Necesario recibido en la sala de Emergencias de un Hospital por una Enfermedad repentina o Lesión Accidental que requiera atención médica inmediata. La cobertura incluye honorarios médicos, cuidados de enfermería, servicios diagnósticos y suministros utilizados durante la visita de Emergencia. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando la condición razonablemente requiera atención de Emergencia y el tratamiento se proporcione dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de los síntomas o de la Lesión.

8.2.2 Cirugía

Los Gastos Cubiertos por procedimientos quirúrgicos Médicamente Necesarios realizados por un cirujano con licencia, incluyendo evaluaciones preoperatorias, la cirugía en sí y la atención postoperatoria durante la Hospitalización. La cobertura incluye honorarios del cirujano, honorarios del anestesiólogo, cargos de quirófano, enfermería y suministros quirúrgicos estándar. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando la cirugía se considere Médicamente Necesaria y esté directamente relacionada con la condición tratada. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.3 Honorarios de Cirujano y Anestesiista

Los Gastos Cubiertos por honorarios del cirujano principal, Médico/cirujano asistente y anestesiólogo se limitan a los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) para procedimientos específicos o con base en tarifas especiales establecidas o contratadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o Proveedor específico.

8.2.4 Trasplantes de Órganos y Tejidos

Los Gastos Cubiertos por Trasplantes de Órganos y Tejidos incluyen tratamientos, procedimientos, servicios y suministros Médicamente Necesarios relacionados con un Trasplante de órgano o tejido cubierto. Este límite incluye cualquier beneficio relacionado con Trasplantes pagado previamente bajo otra Póliza, plan o Anexo de la Aseguradora o de cualquiera de sus compañías afiliadas.

Los procedimientos y las instalaciones donde se realicen los tratamientos, procedimientos y servicios deberán ser aprobados previamente por la Aseguradora. El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora tan pronto como se le diagnostique como candidato a Trasplante. Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación". La Aseguradora podrá solicitar una InterConsultation® antes de otorgar la aprobación. La Aseguradora se reserva el derecho de remitir la documentación médica relacionada con el Trasplante a uno o más especialistas en Trasplantes para establecer la Necesidad Médica.

El beneficio incluye:

- a. Toda la atención previa al Trasplante, que incluye aquellos servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del Trasplante, la evaluación del Asegurado, la preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante.
- b. Toda la evaluación prequirúrgica, incluyendo todas las pruebas de laboratorio y radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas (RM), ultrasonidos, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y suministros.
- c. El costo de la obtención, transporte y extracción del órgano o tejido, así como los gastos del Donante Vivo hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
- d. El procedimiento para trasplantar el órgano o tejido y la cobertura de un corazón artificial o dispositivos mono o biventriculares que permitan la viabilidad del paciente hasta que reciba el Trasplante definitivo.

- e. Toda la atención posterior al Trasplante, incluyendo, entre otros, cualquier seguimiento, tratamiento Medicamento Necesario derivado del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, ya sea como consecuencia directa o indirecta del Trasplante.
- f. Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano o tejido trasplantado.

Los Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con Trasplantes de Órganos y Tejidos serán coordinados a través de Patient Navigation Services.

No se realizará ningún pago por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio o cirugía cuando:

- a. No sea Medicamento Necesario.
- b. Se considere electivo, Experimental o Investigativo.
- c. Se realice cuando el Asegurado tuvo acceso a procedimientos y/o tratamientos alternativos, con el mismo nivel de resultados y atención, para tratar la condición médica o Enfermedad que originó la necesidad de un Trasplante.
- d. Se origine por, o sea resultado de, un Trasplante derivado del uso de un artefacto mecánico o equipo artificial destinado a reemplazar un órgano humano, o cuando el donante sea un animal.
- e. Se realice debido a un Trasplante previamente fallido efectuado antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado o un Trasplante no aprobado efectuado después de la Fecha de Inicio de Cobertura.

8.2.5 Cirugía Reconstructiva o Correctiva Relacionada con una Enfermedad, Lesión o Cirugía Cubierta

Los Gastos Cubiertos incluyen cirugía Medicamento Necesaria que:

- a. Esté indicada para el tratamiento de una Enfermedad cubierta que no sea una Condición Preexistente no divulgada ni esté específicamente excluida de cobertura, o
- b. Sea requerida en relación con una Lesión causada por un Accidente cubierto que ocurra después de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado y mientras la Póliza esté vigente, o
- c. Esté indicada para el tratamiento de deformidades de la nariz o del tabique causadas por un Accidente cubierto, trauma o Cáncer en la nariz.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

La evidencia de trauma en forma de fractura deberá confirmarse mediante medios radiológicos (radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas) y deberá presentarse a la Aseguradora para su evaluación al momento de solicitar la aprobación.

8.2.6 Cirugía Bariátrica, Bypass Gástrico y Otros Procedimientos Quirúrgicos para la Reducción de Peso, Incluyendo Medicamentos y Complicaciones

Los Gastos Cubiertos por estas cirugías, procedimientos y tratamientos, incluyendo medicamentos y complicaciones, aplicarán cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a. Se haya cumplido el Período de Espera del Beneficio de veinticuatro (24) meses, contado a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura.
- b. Una InterConsultation® confirme que el procedimiento es la mejor alternativa y es Medicamento Necesario, si así lo requiere la Aseguradora.
- c. El tratamiento se realice dentro de la red de Proveedores específicamente designada por la Aseguradora para este beneficio en la autorización correspondiente.

Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación". Si se solicita un cambio de plan en el que el monto de este beneficio sea mayor, prevalecerá el monto menor ofrecido en el plan anterior durante veinticuatro (24) meses a partir del cambio de plan.

8.2.7 Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer

Los Gastos Cubiertos por cirugía aplicarán cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a. El Asegurado tenga una predisposición conocida a mutación deletérea relacionada con Cáncer (BrCA1, BrCA2 u otra fuerte predisposición genética de susceptibilidad al Cáncer), confirmada mediante pruebas genéticas realizadas después de haber cumplido el Período de Espera del Beneficio.
- b. Una InterConsultation® confirme que la cirugía es Medicamento Necesaria, si así lo requiere la Aseguradora.
- c. Se haya cumplido el Período de Espera del Beneficio de doce (12) meses, contado a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura.

Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

El monto máximo de este beneficio incluye todos los procedimientos y complicaciones relacionados con la cirugía profiláctica autorizada. El costo de las pruebas genéticas u otros procedimientos similares que hayan determinado la predisposición genética mencionada en el inciso "a", podrá incluirse dentro del monto máximo de este beneficio. No se cubrirán los costos de cualquier prueba genética realizada antes de que se cumpla el Período de Espera del Beneficio.

Si se solicita un cambio de plan en el que el monto de este beneficio sea mayor, prevalecerá el monto menor ofrecido en el plan anterior durante doce (12) meses a partir del cambio de plan.

8.2.8 Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomáticos de los Pies

Los Gastos Cubiertos por el tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos de los pies y cualquier tratamiento secundario a un Accidente cubierto, trauma o infección. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.9 Implantes Quirúrgicos o Prótesis (excluyendo dentales)

Los Gastos Cubiertos por implantes quirúrgicos Médicamente Necesarios, dispositivos protésicos internos o aparatos médicos requeridos como parte integral de un procedimiento quirúrgico. Esto incluye artículos tales como articulaciones artificiales, marcapasos, stents vasculares, malla quirúrgica, placas, tornillos y otros dispositivos internos prescritos por el Médico tratante. Se excluyen las prótesis dentales, los implantes dentales y los implantes cosméticos. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando el dispositivo sea prescrito como Médicamente Necesario y esté directamente relacionado con una cirugía cubierta. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.10 Implantes Cocleares

Los Gastos Cubiertos por un Implante Coclear relacionado con una Condición Congénita, incluyendo cirugía, complicaciones, Terapia Física y visitas de seguimiento, cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a. El procedimiento sea Médicamente Necesario debido a una Enfermedad o Lesión cubierta que se manifieste por primera vez y sea diagnosticada después de la Fecha de Inicio de Cobertura (no una Condición Preexistente).
- b. El Médico tratante del Asegurado notifique con anticipación a la Aseguradora que el Asegurado es candidato para la cirugía o tratamiento de Implante Coclear.

Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.11 Cirugía Refractiva

La Aseguradora cubrirá el costo de una (1) cirugía refractiva por ojo, vitalicia por Asegurado, para la corrección de problemas de visión tales como astigmatismo, miopía o hipermetropía, después de haber cumplido un Período de Espera del Beneficio de veinticuatro (24) meses, cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- El Asegurado tiene tres (3) dioptrías o más en el ojo a tratar, y
- El tratamiento es realizado por un Proveedor reconocido y acreditado (Médico, Hospital o clínica).

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.12 Tratamiento Oncológico

Los Gastos Cubiertos por exámenes y tratamientos Médicamente Necesarios del Cáncer: quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, terapia hormonal y otros Tratamientos Oncológicos clínicamente aprobados. La Terapia Genética y la terapia de células CAR T se cubren bajo un beneficio separado. Otros Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con los Tratamientos Oncológicos serán coordinados a través de Patient Navigation Services.

La cobertura incluye los honorarios médicos relacionados, cuidados de enfermería, monitoreo diagnóstico y Medicamentos por Prescripción Médica cuando estén directamente asociados con un Tratamiento Oncológico activo. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando el tratamiento sea prescrito por un oncólogo o por el Médico tratante y de conformidad con estándares médicos reconocidos.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.13 Terapia Genética / Terapia de Células CAR T

Los Gastos Cubiertos por Terapia Genética y terapia de células CAR T Medicamente Necesarias relacionadas con los Tratamientos Oncológicos u otras condiciones cubiertas serán coordinados a través de Patient Navigation Services de conformidad con estándares médicos reconocidos. Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.2.14 Diálisis

Los Gastos Cubiertos por tratamiento de diálisis Medicamente Necesario para Insuficiencia Renal aguda o Enfermedad renal crónica en etapa terminal. La cobertura incluye sesiones de hemodiálisis o diálisis peritoneal, medicamentos relacionados, suministros y los servicios de Médicos, Enfermeros y técnicos directamente involucrados en el procedimiento. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando el tratamiento sea prescrito por un nefrólogo y se realice en un establecimiento médico autorizado. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.3 Beneficios Ambulatorios

8.3.1 Visitas a Médicos y Especialistas

Los Gastos Cubiertos incluyen consultas y visitas de seguimiento con Médicos generales y Médicos especialistas cuando sean Medicamente Necesarias para el diagnóstico, tratamiento o monitoreo de una condición cubierta. La cobertura incluye honorarios médicos y los costos de examen asociados, pero excluye consultas de bienestar, preventivas o no Medicamente Necesarias.

8.3.2 Procedimientos de Diagnóstico

Los Gastos Cubiertos por exámenes y procedimientos de diagnóstico en ambulatorio Medicamente Necesarios, incluyendo, entre otros, pruebas de laboratorio, estudios de imagen (radiografías, tomografías computarizadas, resonancia magnética, ultrasonido), gastroscopia, colonoscopia, biopsia, patología, estudios de electrofisiología cardíaca (EP) y otros exámenes diagnósticos requeridos para monitorear, confirmar o evaluar la condición del paciente. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando dichos servicios sean ordenados por el Médico tratante y estén directamente relacionados con una condición cubierta. Los Procedimientos Diagnósticos Mayores requieren preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.3.3 Medicamentos por Prescripción Médica

Los Gastos Cubiertos por Medicamentos por Prescripción Médica en ambulatorio, incluyendo medicamentos para alergias, se limitan a aquellos que:

- Requieran prescripción por un Médico o farmacéutico autorizado y no se vendan sin receta.
- Estén aprobados por la FDA o la EMA para el tratamiento de la condición médica del Asegurado.
- Sean dispensados dentro de un (1) año calendario a partir de su prescripción, sujeto a las leyes federales y estatales o a la normativa de la jurisdicción local.

La Aseguradora aprobará el reembolso de reclamaciones por prescripciones extendidas por hasta tres (3) meses a la vez.

Cuando la Póliza se encuentre dentro de los treinta (30) días previos a la Fecha de Renovación, la Aseguradora aprobará el reembolso de reclamaciones por treinta (30) días.

8.3.4 Medicamentos Altamente Especializados

Los Gastos Cubiertos por Medicamentos por Prescripción Médica de alto costo y alta complejidad en ambulatorio para tratar Condiciones Crónicas, complejas o extrínsecas, incluyendo demencia y Enfermedad de Alzheimer.

Se priorizarán los Medicamentos Genéricos y los Medicamentos Biosimilares siempre que sea clínicamente apropiado, manteniendo la flexibilidad para la prescripción del Médico tratante.

La cobertura aplicará únicamente cuando el medicamento sea Medicamento Necesario y sea prescrito por un Médico autorizado, de conformidad con guías médicas reconocidas.

Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.3.5 Terapia de Rehabilitación

Los Gastos Cubiertos por Terapia Física, Terapia Respiratoria y servicios de Rehabilitación Cardíaca se pagarán hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios siempre que hayan sido prescritos y certificados por el Médico tratante, sean Medicamento Necesarios para tratar la condición, se presente el plan de tratamiento correspondiente y los servicios sean prestados por un profesional con licencia en el país donde se lleve a cabo el tratamiento.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación". Para terapias posteriores al período inicialmente aprobado de treinta (30) días, deberá presentarse a la Aseguradora un plan de tratamiento actualizado y un informe de progreso para determinar la cobertura con base en la Necesidad Médica.

La Aseguradora podrá realizar auditorías e inspecciones cuando lo estime pertinente para asegurar la continuidad de la Necesidad Médica. El Asegurado y/o sus familiares deberán brindar toda la cooperación necesaria para dichas inspecciones. El beneficio podrá suspenderse si estas auditorías o inspecciones no pueden realizarse por falta de cooperación.

8.3.6 Trastornos del Espectro Autista

Los Gastos Cubiertos por evaluación, diagnóstico y tratamiento Médicamente Necesarios de los Trastornos del Espectro Autista incluyen consultas médicas, atención psiquiátrica, Medicamentos por Prescripción Médica e intervenciones terapéuticas basadas en evidencia directamente relacionadas con el manejo del trastorno. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando un plan de tratamiento que considere la Necesidad Médica sea prescrito por un Médico o psiquiatra autorizado y de conformidad con guías médicas reconocidas.

Estos servicios requieren preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

Se excluyen las terapias educativas, académicas o no médicas.

8.3.7 Terapia Ocupacional, Terapia Ortóptica y Terapia del Habla

Los Gastos Cubiertos por Terapia Ocupacional, Terapia Ortóptica y Terapia del Habla como servicios de rehabilitación para un Accidente o Enfermedad cubierto. Se requiere un plan de tratamiento que considere la Necesidad Médica. Para terapias posteriores al período inicialmente aprobado de treinta (30) días, deberá presentarse a la Aseguradora un plan de tratamiento actualizado y un informe de progreso para determinar la cobertura con base en la Necesidad Médica.

La Aseguradora podrá realizar auditorías e inspecciones cuando lo estime pertinente para asegurar la continuidad de la Necesidad Médica. El Asegurado y/o sus familiares deberán brindar toda la cooperación necesaria para dichas inspecciones. El beneficio podrá suspenderse si estas auditorías o inspecciones no pueden realizarse por falta de cooperación.

Se excluyen las terapias educativas, académicas o no médicas.

Estos servicios requieren preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.3.8 Cuidado Médico a Domicilio

Los Gastos Cubiertos prescritos y certificados por el Médico tratante en lugar de la Hospitalización y proporcionados por un profesional con licencia en el país donde se lleve a cabo el tratamiento. Los servicios se limitan a ocho (8) horas al día e incluyen atención de enfermería especializada a tiempo parcial o recurrente.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación". Adicionalmente, se requiere un plan de tratamiento que considere la Necesidad Médica.

La Aseguradora podrá realizar auditorías e inspecciones cuando lo estime pertinente para asegurar la continuidad de la Necesidad Médica. El Asegurado y/o sus familiares deberán brindar toda la cooperación necesaria para dichas inspecciones. El beneficio podrá suspenderse si estas auditorías o inspecciones no pueden realizarse por falta de cooperación.

Los servicios no cubren Cuidados de Custodia, según se definen en esta Póliza.

8.3.9 Medicina Complementaria y Alternativa

Los Gastos Cubiertos por Homeopatía, Acupuntura, Naturopatía, Medicina China u Oriental, Quiropráctica, Osteopatía y Terapia Electromagnética orientadas a restaurar la función física normal del Asegurado. El tratamiento deberá ser realizado por un profesional con licencia en el país donde se lleve a cabo la consulta y/o el tratamiento.

8.4 Beneficios Preventivos

8.4.1 Examen Médico de Rutina para Adulto

Los Gastos Cubiertos por un (1) examen físico de rutina para Asegurados de dieciocho (18) años de edad o más incluyen pruebas de laboratorio, radiografías, vacunas preventivas y cualquier otro gasto médico relacionado con un Examen Médico de Rutina, según se define en la presente. No aplica Deducible Individual.

8.4.2 Exámenes Preventivos

Los Gastos Cubiertos por los siguientes exámenes preventivos:

- **Detección de Cáncer cervicouterino (Papanicolaou)**
El beneficio cubre a Asegurados de veintiún (21) a sesenta y cinco (65) años de edad, cada tres (3) años.
- **Detección de Cáncer de próstata (PSA)**
El beneficio cubre a Asegurados de cincuenta (50) años de edad o más.
- **Detección de Cáncer de mama (Mamografía)**
El beneficio cubre a Asegurados de cuarenta (40) años de edad o más.
- **Detección de Cáncer de colon (Colonoscopia)**
El beneficio cubre a Asegurados de cincuenta (50) años de edad o más cada diez (10) años. Para Asegurados considerados de alto riesgo, el beneficio está disponible cada dos (2) años. Se consideran Asegurados de alto riesgo, incluyendo, entre otros, aquellos con fuerte antecedente familiar de Cáncer colorrectal o ciertos tipos de pólipos, un antecedente familiar conocido de un síndrome hereditario de Cáncer colorrectal, como la poliposis adenomatosa familiar (FAP) o el síndrome de Lynch (también conocido como Cáncer de colon hereditario no polipósico o HNPCC).

8.4.3 Examen Pediátrico de Rutina

La Aseguradora cubrirá los gastos de Exámenes Pediátricos de Rutina, incluyendo pruebas de laboratorio, radiografías y vacunas preventivas especificadas en el calendario de inmunización recomendado por la autoridad sanitaria del país donde reside el Asegurado, así como cualquier otro gasto médico relacionado con un Examen Pediátrico de Rutina, según se define en la presente y en la Tabla de Beneficios. No aplica Deducible Individual.

- **Recién Nacido Hasta Doce (12) Meses de Edad:** Durante el primer año del recién nacido, la Póliza cubrirá seis (6) visitas para chequeos médicos generales, incluyendo pruebas de laboratorio y radiografías.

- De 1 a 17 Años de Edad: Después del primer año del niño y hasta los diecisiete (17) años de edad, inclusive, la Póliza cubrirá una (1) visita por Año Póliza para chequeo médico general, incluyendo pruebas de laboratorio y radiografías. A partir de los dieciocho (18) años, el Asegurado Dependiente podrá utilizar el beneficio de "Examen Médico de Rutina para Adultos" a partir de la Fecha de Renovación posterior a su decimoctavo (18.º) cumpleaños.

8.5 Beneficios de Maternidad

8.5.1 Cuidados de Maternidad

- a. Los Gastos Cubiertos por Cuidados de Maternidad incluyen parto normal, Cesárea electiva, cesárea no de Emergencia y tratamiento prenatal y postnatal. No aplica ningún Deducible Individual. Las Cesáreas de Emergencia se consideran Complicaciones del Embarazo y Parto y están cubiertas según se indica en el beneficio de "Complicaciones del Embarazo y Parto", siempre y cuando se haya completado el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses.
- b. El Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses para Cuidados de Maternidad siempre aplica, independientemente de si el Período de Espera del Beneficio de treinta (30) días ha sido exonerado o no. Ningún servicio relacionado con la maternidad que ocurra antes del Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses tendrá cobertura.
- c. Para las Aseguradas Cónyuges o Convivientes/Pareja de Hecho del mismo sexo bajo la misma Póliza, solo podrá reclamarse un (1) beneficio de Cuidados de Maternidad durante el mismo Año Póliza. Ambas Aseguradas deberán ser evaluadas para calificar para los beneficios de Cuidados de Maternidad y Complicaciones del Embarazo y Parto.
- d. Para Aseguradas Hijas Dependientes que hayan estado cubiertas por más de diez (10) meses bajo la Póliza de sus padres, el Período de Espera del Beneficio de Cuidados de Maternidad (incluyendo los beneficios de Complicaciones del Embarazo y Parto y Extracción y Preservación de Células Madre) se eliminará al emitirse su propia Póliza como Asegurada Titular o Cónyuge bajo un plan similar con los mismos beneficios de Cuidados de Maternidad.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

Únicamente el parto (parto normal, Cesárea Electiva y cesárea no de Emergencia) derivado de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de Tecnología de Reproducción Asistida estará cubierto hasta el máximo del beneficio de Cuidados de Maternidad, siempre que se haya cumplido el Período de Espera del Beneficio de Cuidados de Maternidad; sin embargo, no se considerará para cobertura bajo ningún otro beneficio de la Póliza, tales como servicios para Complicaciones del Embarazo y Parto e Inclusión de Recién Nacido Sin Evaluación de Riesgo.

Si se solicita un cambio de plan en el que el monto de este beneficio sea mayor, prevalecerá el monto menor ofrecido en el plan anterior durante diez (10) meses a partir del cambio de plan.

8.5.2 Complicaciones de Embarazo y Parto

Después de haber cumplido el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses, los Gastos Cubiertos por tratamiento médico, Hospitalización y servicios relacionados por condiciones patológicas derivadas

de un curso anormal del embarazo y/o parto incluyen, entre otros, nefritis aguda, nefrosis, insuficiencia cardíaca, preeclampsia, embarazo ectópico, diabetes gestacional, interrupción del embarazo que requiera intervención médica debido a muerte fetal y terminación espontánea del embarazo en una etapa en la que el embrión o feto sea incapaz de sobrevivir de forma independiente.

También se incluyen los Gastos Cubiertos por tratamiento médico, Hospitalización y servicios relacionados por trastornos de un recién nacido directamente relacionados con el nacimiento, no debidos a Condiciones Congénitas o Condiciones Hereditarias, que se manifiesten durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo, entre otros, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, dificultad respiratoria y traumatismos relacionados con el nacimiento.

Para efectos de esta Póliza, no se considerará Complicaciones del Embarazo y Parto lo siguiente:

- a. Cesáreas Electivas, cesáreas realizadas únicamente debido a una cesárea previa, cesáreas no de Emergencia o cicatrices uterinas de cirugías previas;
- b. Sangrado leve, contracciones de Braxton-Hicks o reposo en cama prescrito durante el embarazo sin complicaciones adicionales;
- c. Síntomas normales y habituales derivados del embarazo;
- d. Servicios o tratamientos para una Condición Crónica no relacionada con el embarazo, aun cuando ocurran durante la gestación.

Este beneficio vitalicio incluye cualquier pago previo realizado con cargo a cualquier beneficio de Complicaciones del Embarazo y Parto bajo cualquier otra Póliza, plan y/o Anexo de complicaciones de maternidad proporcionado por la Aseguradora o cualquier afiliada.

No se otorga cobertura para complicaciones en un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de Tecnología de Reproducción Asistida o de un embarazo no cubierto.

Si se solicita un cambio de plan en el que el monto de este beneficio sea mayor, prevalecerá el monto menor ofrecido en el plan anterior durante diez (10) meses a partir del cambio de plan.

8.5.3 Inclusión de Recién Nacido sin Evaluación de Riesgo Cuando Nace de un Embarazo Cubierto

Cubre la inclusión automática de un recién nacido bajo la Póliza sin necesidad de evaluación de riesgo, siempre que el recién nacido nazca de un Embarazo Cubierto. La cobertura inicia a partir de la fecha de nacimiento y está sujeta a notificación a la Aseguradora dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de nacimiento del recién nacido, la entrega de una copia del certificado de nacimiento y la notificación del embarazo, incluyendo el método de concepción. También deberá pagarse el monto de la prima adicional correspondiente para incluir al recién nacido como Asegurado Hijo Dependiente. Los beneficios para el recién nacido se registrarán por los mismos términos, condiciones y Exclusiones aplicables a la Póliza. Las Condiciones Congénitas están cubiertas bajo el beneficio "Condiciones Congénitas y/o Hereditarias Diagnosticadas Antes de los 18 Años de Edad".

Para incluir a un recién nacido después de sesenta (60) días, o a un recién nacido que sea resultado de cualquier tipo de Tecnología de Reproducción Asistida, aplicará la evaluación de riesgo completa.

8.5.4 Eliminación de Prima para Asegurados Hijos Dependientes

Los pagos de prima para Asegurados Hijos Dependientes elegibles nacidos de un Embarazo Cubierto se deducirán de la prima anual de la Póliza (o de la porción prorrateada correspondiente), cuando así se indique en la Tabla de Beneficios. Este beneficio aplica al(los) Asegurado(s) Hijo(s) Dependiente(s) elegible(s) más joven(es) mientras la Póliza esté vigente, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a. El Asegurado Hijo Dependiente debe haber nacido de un Embarazo Cubierto.
- b. El Asegurado Hijo Dependiente debe tener cobertura ininterrumpida en el plan bajo el que nació.
- c. Si el Asegurado Hijo Dependiente se cambia a otro plan, el beneficio de eliminación de prima no se transferirá al nuevo plan.

8.5.5 Extracción y Preservación de Células Madre

El costo de la extracción y preservación de Células Madre de sangre del cordón umbilical se cubrirá como se indique en la Tabla de Beneficios. Este beneficio no aplica al Deducible Individual y está sujeto al Período de Espera del Beneficio de Cuidados de Maternidad.

8.6 Beneficios de Transporte de Emergencia

8.6.1 Ambulancia Terrestre al Hospital Calificado Más Cercano para Estabilizar al Paciente

Los Gastos Cubiertos por transporte en Ambulancia Terrestre cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a. Dicho transporte debe ser Médicamente Necesario para trasladar al Asegurado al Hospital más cercano a fin de recibir el tratamiento más apropiado que no pueda proporcionarse localmente.
- b. El transporte debe estar relacionado con una Emergencia o Urgencia por una condición o un Accidente cubierto para la cual no pueda proporcionarse tratamiento donde se encuentre el paciente o donde ocurrió el Accidente.
- c. El traslado por cualquier otro medio probablemente ocasionaría la pérdida de la vida, la integridad física o la viabilidad de cualquiera de los órganos del Asegurado.
- d. El transporte en Ambulancia Terrestre debe contar a bordo con equipo e instrumentos médicos especializados, una tripulación capacitada en transportes médicos de Emergencia y sea operado por una empresa legalmente autorizada y habilitada como prestador de servicios de ambulancia.

El Asegurado acepta mantener indemne a la Aseguradora y a cualquier compañía afiliada a la Aseguradora por cualquier demora o restricción causada por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, el conductor de la ambulancia o el servicio de ambulancia, o debido a condiciones operativas, mal clima o cualquier otra causa fuera del control de la Aseguradora.

8.6.2 Ambulancia Aérea al Hospital Calificado Más Cercano para Estabilizar al Paciente

Los Gastos Cubiertos por transporte en Ambulancia Aérea estarán cubiertos cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a. Dicho transporte debe ser Médicamente Necesario para trasladar al Asegurado al Hospital más cercano a fin de recibir el tratamiento más apropiado que no pueda proporcionarse localmente.
- b. El transporte debe estar relacionado con una Emergencia o Urgencia por una condición o un Accidente cubierto para la cual no pueda proporcionarse tratamiento donde se encuentre el paciente o donde ocurrió el Accidente.
- c. El traslado por cualquier otro medio probablemente ocasionaría la pérdida de la vida, la integridad física o la viabilidad de cualquiera de los órganos del Asegurado.
- d. El transporte en Ambulancia Aérea debe contar a bordo con equipo e instrumentos médicos especializados, una tripulación capacitada en transportes médicos de Emergencia y sea operado por una empresa legalmente autorizada y habilitada como prestador de servicios de ambulancia.

Este beneficio requiere preautorización y coordinación por parte de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

El Asegurado acepta mantener indemne a la Aseguradora y a cualquier compañía afiliada a la Aseguradora por cualquier demora o restricción de vuelos causada por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, el piloto o la aerolínea, o debido a condiciones operativas, mal clima o cualquier otra causa fuera del control de la Aseguradora.

8.6.3 Reembolso de Boleto Aéreo Después de Evacuación en Ambulancia Aérea

Reembolso de boleto aéreo para el Asegurado y un (1) familiar cercano (Cónyuge, Conviviente/Pareja de Hecho, padre, madre, hijo o hermano) autorizado a viajar con el Asegurado de regreso a su País de Residencia después de la evacuación en Ambulancia Aérea. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.6.4 Reembolso de Boleto Aéreo Para Viajar a Centros de Excelencia

Reembolso de boleto aéreo para el Asegurado y un (1) familiar cercano (Cónyuge, Conviviente/Pareja de Hecho, padre, madre, hijo o hermano) autorizado a viajar con el Asegurado para recibir tratamiento en un Centro de Excelencia. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.7 Otros Beneficios

8.7.1 Trastornos Congénitos y Hereditarios

Los Gastos Cubiertos por Condiciones Congénitas y Condiciones Hereditarias se pagarán según se indique en la Tabla de Beneficios. Los Tratamientos Médicos Avanzados relacionados con Condiciones Congénitas y/o Condiciones Hereditarias serán coordinados a través de Patient Navigation Services. Las condiciones que sean resultado de cualquier Tecnología de Reproducción Asistida están excluidas de cobertura. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.7.2 VIH/SIDA

Los Gastos Cubiertos para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) cuando los anticuerpos del VIH (seropositivo) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado. Aplica un Período de Espera del Beneficio de veinticuatro (24) meses.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

No se cubrirán tratamientos, procedimientos, servicios, cirugías o suministros cuando:

- a. El VIH/SIDA esté relacionado con el uso de Sustancias Ilegales intravenosas.
- b. El Asegurado esté tomando medicamentos o fármacos Experimentales o se someta a tratamiento Experimental.

8.7.3 Apnea del Sueño y Otros Trastornos del Sueño

Los Gastos Cubiertos por apnea del sueño y otros trastornos del sueño incluyen estudios del sueño (polisomnograma) para ayudar a diagnosticar condiciones relacionadas con el sueño como apnea del sueño y ronquidos, el suministro de equipo CPAP y los suministros relacionados, cuando sean prescritos por un profesional de la salud calificado. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

Los Medicamentos por Prescripción Médica para el tratamiento de la apnea del sueño y otros trastornos del sueño se cubrirán bajo el beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica ambulatorios.

8.7.4 Equipo Médico Durable, Prótesis Externas y Órtesis

Los Gastos Cubiertos por Equipo Médico Durable (EMD), dispositivos especiales, prótesis externas y dispositivos ortésicos, siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- a. Proporcionen un beneficio terapéutico al Asegurado debido a determinadas condiciones médicas y/o Enfermedades;
- b. Sean prescritos por un Proveedor autorizado;
- c. El Asegurado presente documentación médica que justifique la Necesidad Médica, y
- d. No se utilicen principalmente como un elemento de comodidad o conveniencia.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación". En caso de que el beneficio sea autorizado y el Asegurado posteriormente adquiriera el EMD, dispositivo especial, prótesis externa o dispositivo ortésico, los Gastos Cubiertos serán reembolsados de conformidad con los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR), previamente autorizados por la Aseguradora.

8.7.5 Cuidados Paliativos Para Pacientes Terminales

Los Gastos Cubiertos por Cuidados Paliativos y servicios relacionados cuando el Médico tratante haya certificado que el Asegurado ha sido diagnosticado con una condición terminal, tiene menos de seis

(6) meses de vida y previamente se haya presentado a la Aseguradora para su revisión un plan de tratamiento de Cuidados Paliativos y/o servicios relacionados. Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

8.7.6 Accidentes Relacionados con la Práctica de Deportes Profesionales o Actividades de Alto Riesgo

Los Gastos Cubiertos por Accidentes sufridos mientras se participa en Deportes Profesionales o en Actividades de Alto Riesgo tales como montañismo, buceo, deportes de motor, paracaidismo o actividades similares. La cobertura incluye tratamiento de Emergencia, Hospitalización, cirugía y atención Médicamente Necesaria relacionada, directamente derivada del Accidente. Los beneficios serán pagaderos únicamente cuando la actividad se realice en cumplimiento de las normas de seguridad aplicables y bajo supervisión profesional, cuando sea requerido.

8.7.7 Enfermedad o Lesión en Aeronave Privada

Los Gastos Cubiertos por Enfermedad o Lesión sufrida como pasajero, piloto y/o miembro de la tripulación en una Aeronave Privada.

8.7.8 Tratamiento Dental Por Accidente Cubierto

Los Gastos Cubiertos por el tratamiento Médicamente Necesario para la reconstrucción o reemplazo de dientes naturales sanos que se hayan dañado o perdido en un Accidente cubierto. El tratamiento deberá realizarse dentro de los ciento ochenta (180) días a partir de la fecha del Accidente cubierto.

8.7.9 Aparatos Auditivos

Los Gastos Cubiertos por aparatos auditivos Médicamente Necesarios después de haber cumplido un Período de Espera del Beneficio de doce (12) meses, cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios, siempre que:

- a. El Asegurado cuente con un diagnóstico médico y el aparato auditivo haya sido prescrito por un audiólogo u otorrinolaringólogo autorizado.
- b. El grado de pérdida auditiva (promedio tonal puro/PTA) sea > 40 dB HL en el mejor oído.
- c. Existan pruebas audiométricas recientes con una antigüedad no mayor a seis (6) meses.
- d. Sea un aparato auditivo regulado, bajo prescripción (aprobado por la FDA/EMA).

Las reclamaciones deberán presentarse para reembolso con una factura detallada acompañada de la prescripción médica correspondiente.

La Aseguradora no pagará por dispositivos auditivos considerados cosméticos o que no sean estrictamente para uso médico.

8.7.10 Repatriación de Restos Mortales o Servicios de Cremación

En caso de que un Asegurado fallezca fuera de su País de Residencia, la Aseguradora cubrirá el costo de la Repatriación de Restos Mortales a su País de Residencia o el costo de la cremación de sus restos mortales, siempre que dicha cremación se lleve a cabo en el lugar del fallecimiento. Este beneficio se ofrece únicamente si la muerte es resultado de una Enfermedad o Accidente cubierto.

Este beneficio se limita exclusivamente a:

- a. La preparación de los restos para su transporte y el transporte del cuerpo del Asegurado a su País de Residencia, o
- b. En caso de que no se realice el transporte de los restos, los gastos directamente relacionados con la cremación de los restos mortales del Asegurado.

No se cubren los gastos funerarios ni cualquier otro gasto que no sea estrictamente necesario para los servicios descritos en "a" y "b" arriba.

Este beneficio requiere preautorización de la Aseguradora conforme a lo establecido en el artículo "Requisito de Notificación para Preautorización y Coordinación".

Este beneficio se considera secundario a cualquier otro beneficio de repatriación, o beneficio similar, al que el Asegurado pueda tener derecho o acceso, distinto al ofrecido por esta Póliza, el cual prevalecería sobre este beneficio.

8.7.11 Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular

Cuando este beneficio esté incluido en la Tabla de Beneficios, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el Contratante (o, si el Contratante es también el Asegurado Titular, el Beneficiario designado o los herederos legales del Asegurado Titular) podrá optar por mantener la cobertura bajo la Póliza para los Asegurados Dependientes cubiertos bajo esta Póliza sin tener que pagar las primas correspondientes durante el período indicado en la Tabla de Beneficios, a partir de la siguiente Fecha de Vencimiento o Fecha de Renovación de la Póliza, la que ocurra primero, siempre que la causa del fallecimiento del Asegurado Titular se deba a una Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta Póliza. Durante este período, los Asegurados Dependientes o, de ser aplicable, el Contratante o el Representante Legal, serán plena y exclusivamente responsables por cualquier pago anticipado por servicios, Deducibles Individuales y Familiar y cualquier otro costo administrativo o de otro tipo no cubierto bajo los términos de la Póliza.

La decisión de continuar la cobertura para los Asegurados Dependientes conforme a este párrafo hará que se renuncie a cualquier derecho a prima no devengada bajo "Reembolso de Primas No Devengadas".

8.8 Cobertura Adicional Opcional

8.8.1 Anexo CriticalSelect

La cobertura está disponible para Asegurados de entre tres (3) y sesenta (60) años de edad y finaliza después de que cumplan sesenta y cinco (65) años de edad. La cobertura bajo el Anexo CriticalSelect está sujeta al pago de la prima correspondiente. Aplican todos los términos, disposiciones, Exclusiones, Definiciones, Enmiendas y restricciones del plan de seguro médico del Asegurado Titular con la Aseguradora.

La Aseguradora pagará al Asegurado el Beneficio Máximo seleccionado en la Solicitud de Seguro Médico e indicado en el Certificado de Cobertura como resultado de cualquier Enfermedad o procedimiento listado a continuación que ocurra después de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado:

- Accidente Cerebrovascular (que ponga en riesgo la vida)
- Cáncer (que ponga en riesgo la vida)
- Cirugía de Revascularización Miocárdica
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Infarto de Miocardio agudo (ataque cardíaco)
- Insuficiencia Renal
- Lupus eritematoso sistémico (LES)
- Parálisis
- Pérdida de audición/sordera bilateral
- Pérdida de extremidad (brazo o pierna)
- Pérdida de visión/ceguera total
- Trasplante de los siguientes órganos: riñones, corazón, pulmones, hígado, páncreas y/o médula ósea
- Tumor cerebral benigno

El Anexo CriticalSelect solo podrá mantenerse vigente mientras el Asegurado Titular tenga una Póliza activa con la Aseguradora. La cobertura bajo el Anexo CriticalSelect tiene una duración de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período similar con el pago de la prima correspondiente, sujeta a las definiciones, condiciones y demás disposiciones de la Póliza vigentes al momento de la renovación.

ART. 9 OTROS SERVICIOS

La Aseguradora proporciona y facilita el acceso a los siguientes servicios adicionales cuando la inclusión de estos servicios se indique en la Tabla de Beneficios.

9.1 Patient Navigation Services

Un conjunto coordinado de actividades de apoyo diseñadas para ayudar a los Asegurados a comprender, acceder y optimizar eficazmente el uso de sus beneficios de salud cubiertos bajo la Póliza. El equipo de Patient Navigation Services ayuda a los pacientes a superar barreras de acceso a la atención mediante la orientación individualizada dentro de los sistemas de atención médica; brindando apoyo para localizar Proveedores adecuados, programar citas, coordinar referencias, superar barreras logísticas y conectarse con recursos comunitarios o clínicos. Estos servicios no sustituyen la preautorización clínica ni la gestión de casos, sino que complementan dichos servicios al brindar apoyo directo al Asegurado para recibir atención efectiva, oportuna y adecuada.

9.2 InterConsultation®

Un servicio que ofrece una revisión minuciosa de los expedientes médicos del Asegurado realizada por un Médico o profesional médico independiente, que proporciona al paciente una Segunda Opinión Médica respecto del diagnóstico y el tratamiento.

9.3 Best Doctors Concierge™

Un servicio que asiste al Asegurado con la coordinación de citas médicas, admisión hospitalaria, arreglos de viaje, alojamiento y transporte cuando los servicios médicos deban prestarse fuera del País de Residencia del Asegurado. Está disponible para los Asegurados conforme a un acuerdo entre la Aseguradora y su administrador, Best Doctors Insurance Services, LLC. El Asegurado es responsable de todos los costos de viaje y alojamiento incurridos. Best Doctors Insurance Services, LLC únicamente proporcionará asistencia de coordinación para los servicios descritos anteriormente.

9.4 Cuidado Dirigido

Un programa que coordina, supervisa y gestiona casos médicos complejos y de larga duración. A través de este programa, la Aseguradora trabaja con Proveedores para asegurar que los Asegurados reciban los servicios Médicamente Necesarios en el contexto clínico más apropiado, de acuerdo con su situación de salud y conforme a los beneficios cubiertos por la Póliza. La Aseguradora determinará cuándo debe activarse este programa y, de ser necesario, solicitará la colaboración de los Asegurados.

9.5 Elite Navigator™

Un servicio que proporciona acceso a un Médico defensor del paciente que ayuda a los Asegurados a comprender sus pruebas diagnósticas y los resultados de sus exámenes médicos, y brinda apoyo para que puedan mantener conversaciones más efectivas con su propio Médico tratante. Está disponible para los Asegurados conforme a un acuerdo entre la Aseguradora y su administrador, Best Doctors Insurance Services, LLC, únicamente cuando este servicio esté incluido en la Tabla de Beneficios.

ART. 10 EXCLUSIONES

La Aseguradora no considerará como Gastos Cubiertos aquellos que:

- a. No sean Médicamente Necesarios, o
- b. Sean de un Asegurado que no esté bajo el cuidado de un Médico o profesional legalmente calificado, o
- c. No estén autorizados o prescritos por un Médico o profesional legalmente calificado, o
- d. Sean realizados por un Proveedor, profesional médico o establecimiento médico sin licencia, o
- e. Estén relacionados con Cuidados de Custodia o cuidado personal, o
- f. Estén relacionados con terapias recreativas o educativas, o
- g. Que excedan los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR).

Adicionalmente, todas las condiciones y tratamientos descritos en los artículos a continuación se considerarán específicamente Exclusiones bajo la Póliza:

10.1 Cualquier gasto relacionado con Condiciones Preexistentes no declaradas, regiones anatómicas excluidas, complicaciones y tratamientos relacionados con condiciones excluidas.

10.2 Cualquier Enfermedad o Lesión no causada por un Accidente o por una Enfermedad de origen infeccioso que se manifieste dentro de los primeros treinta (30) días a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura. Cualquier condición o síntoma que no sea causado por un Accidente o por una Enfermedad de origen infeccioso que se manifieste por primera vez durante este período se considerará una Condición Preexistente y quedará excluida permanentemente, aun cuando se hubiera ofrecido cobertura para dicha condición en esta Póliza.

10.3 Todos los servicios médicos que se presten en casos en los que un tercero esté obligado a pagar los Gastos Cubiertos del Asegurado, conforme a un contrato o en virtud de responsabilidad civil extracontractual o por orden judicial.

10.4 La Aseguradora no realizará ningún pago, incluyendo por cualquier reclamación o gasto incurrido por tratamiento, servicios o suministros, que esté sujeto a cualquier restricción comercial o a sanciones económicas o políticas aplicables a la Aseguradora o a cualquiera de sus afiliadas.

10.5 Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento o combinación de medicamentos, Hospitalización, servicio o suministro que, al momento de ser ofrecido, no sea reconocido científica o médicamente para la indicación conforme a las normas de los Estados Unidos, o que aún no haya sido aprobado para la condición o indicación especificada por la FDA y/o la EMA (aun si se encuentra en proceso de ensayos médicos) cuando dicha aprobación sea requerida, independientemente de dónde se hayan incurrido los gastos médicos, o en casos en los que el Asegurado esté inscrito en un estudio o tratamiento Experimental patrocinado por terceros, incluyendo, entre otros, cualquier servicio médico derivado, sus consecuencias y/o complicaciones.

10.6 Cualquier tratamiento o gasto incurrido en una instalación gubernamental, tales como instalaciones de seguridad social, o en una instalación privada en la que el Asegurado tendría derecho a recibir atención gratuita, así como servicios o tratamientos por los cuales no tendría que efectuarse pago aun si no existiera cobertura de seguro. Esto incluye costos por procedimientos en instituciones que reciban financiamiento gubernamental o privado relacionado con un proyecto de investigación para el procedimiento en cuestión.

10.7 Cualquier admisión hospitalaria por más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada.

10.8 Tratamiento proporcionado por más de un (1) asistente quirúrgico, a menos que sea aprobado previamente por la Aseguradora.

10.9 Cualquier tratamiento proporcionado por un familiar, incluyendo, entre otros, el Cónyuge, Conviviente/ Pareja de Hecho, padres, hermanos, hijos, o por otra persona que resida habitualmente en el hogar del Asegurado, así como cualquier tratamiento proporcionado en cualquier entidad o instalación que sea propiedad de, o esté bajo la operación o supervisión del Asegurado o de un familiar, excepto aquellos aprobados previamente por la Aseguradora.

10.10 Cualquier medicamento de venta libre o medicamento sin prescripción, suplemento dietético y/o nutricional, supresor del apetito, vitaminas, medicamento antienvjecimiento, medicamentos o tratamiento para la regeneración capilar.

10.11 Cualquier tratamiento de Lesiones sufridas mientras el Asegurado presta servicios como miembro de una unidad policial o militar, o que surja directamente por participar en guerra, motín, rebelión, revolución, actos de terrorismo, eventos o actos similares, conmoción civil, huelga, alteración del orden público o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

10.12 Lesiones o Enfermedades causadas por, o relacionadas con, energía atómica, radioactividad de cualquier material nuclear, desechos nucleares o la combustión de combustible o dispositivos nucleares, así como terapia con rayos X o tratamiento de radioterapia sin supervisión médica.

10.13 Cualquier atención o tratamiento que surja de, o esté relacionado, directa o indirectamente, con Enfermedad o Lesiones autoinfligidas, ya sea que el Asegurado esté en pleno uso de sus facultades o no; suicidio; intentos de suicidio o suicidios fallidos; consumo de alcohol; uso o abuso de drogas; uso de drogas o productos farmacéuticos/medicamentos de una manera distinta a la prescrita por el Médico del Asegurado o a la indicada en el etiquetado del producto; uso de Sustancias Ilegales o uso ilegal de sustancias controladas; estar bajo la influencia de cualquiera de estas sustancias; o debido a peleas o actos delictivos en los que el Asegurado participe por su propia negligencia grave, excepto en casos en los que se demuestre mediante sentencia firme emitida por un tribunal competente con jurisdicción que se trató de legítima defensa.

10.14 Tratamientos, servicios y suministros hospitalarios o ambulatorios proporcionados por instalaciones que sean casas de reposo, residencias asistidas, centros de cuidados a largo plazo, spas de salud, clínicas de hidroterapia o naturistas, y cualquier establecimiento similar que no sea un Hospital.

10.15 Tratamientos, servicios y suministros proporcionados por instalaciones que sean instituciones psiquiátricas.

10.16 Cirugía o tratamiento médico electivo o cosmético cuando el propósito principal sea embellecimiento y que no sea Medicamento Necesario debido a una Lesión, Accidente, deformidad o Enfermedad cubierta por esta Póliza que haya ocurrido por primera vez después de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado.

10.17 Cualquier tratamiento quirúrgico del tabique o deformidad nasales que no haya sido inducido por un Accidente o trauma, así como sus complicaciones, efectos secundarios o consecuencias.

10.18 Podología estética o atención podológica que no sea Medicamento Necesaria, incluyendo, entre otros, pedicura, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros zapatos especiales y plantillas de cualquier tipo o forma relacionados con trastornos sintomáticos del pie, incluyendo, entre otros, callosidades, durezas, juanetes, Hallux Valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos y arcos débiles.

10.19 Cualquier costo relacionado con equipo personal de riñón artificial para uso en el hogar, la adquisición e implantación de un corazón artificial, dispositivos mono o biventriculares externos, y órganos artificiales o de origen animal.

10.20 Cualquier gasto relacionado con la crío-preservación, el almacenamiento de tejido o de Células Madre por un período superior a veinticuatro (24) horas, excepto para pruebas de laboratorio, procedimientos de Trasplante y para la preservación de Células Madre cuando la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.21 Cualquier gasto relacionado con la reparación o reemplazo de Equipo Médico Durable dañado, a menos que el ciclo de vida útil del producto haya expirado, y cualquier gasto relacionado con la duplicación de Equipo Médico Durable que tenga la misma función o propósito.

10.22 Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento del síndrome de fatiga crónica.

10.23 Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento de la apnea del sueño y cualquier otro trastorno del sueño, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.24 Cualquier gasto, servicio, procedimiento quirúrgico, suplemento o tratamiento no quirúrgico para la obesidad, control de peso, perder o ganar peso y sus complicaciones relacionadas, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.25 Cualquier tratamiento relacionado con trastornos del crecimiento, estimulación del crecimiento óseo o deficiencia de hormona de crecimiento, independientemente del motivo de la prescripción.

10.26 Medicina Complementaria y Alternativa, incluyendo homeopatía, acupuntura, naturopatía, medicina china u oriental, quiropráctica, osteopatía, terapia electromagnética y cualquier otro tratamiento similar, así como cualquier complicación derivada de dichos tratamientos, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.27 Cualquier examen médico o estudio diagnóstico que forme parte de un Examen Médico de Rutina y vacunas para Asegurados menores de dieciocho (18) años, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.28 Emisión de certificados médicos y exámenes sobre la aptitud del Asegurado para empleo o viajes.

10.29 Tratamientos profilácticos y pruebas genéticas o procedimientos similares, excepto aquellos cubiertos bajo el beneficio "Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer", cuando esté incluido en la Tabla de Beneficios.

10.30 Procedimientos y tratamientos intrahospitalarios cuando la razón principal de la Hospitalización es una Enfermedad mental o psiquiátrica o un trastorno conductual o del desarrollo.

10.31 Tratamiento intrahospitalario o Tratamientos Ambulatorios con psicólogo, terapeuta cognitivo-conductual o terapeuta de salud mental.

10.32 Tratamientos relacionados con dificultades de aprendizaje, asuntos relacionados con trastornos conductuales (problemas educativos o académicos, problemas de conducta considerados disciplinarios y no médicos, condiciones relacionadas con inadaptación social sin un trastorno diagnosticable) o tratamientos brindados en un entorno educativo para apoyar el desarrollo educativo; evaluaciones psicopedagógicas, pruebas psicométricas, terapias con fines psicoeducativos o psicopedagógicos o tratamientos del desarrollo infantil.

10.33 Cualquier tratamiento dental u ortodóncico, incluyendo, entre otros, procedimientos quirúrgicos que involucren la mandíbula, independientemente de la causa o etiología, excepto cuando sea Medicamento Necesario como resultado de un Accidente cubierto según lo previsto en el beneficio "Tratamiento Dental por Accidente Cubierto".

10.34 Exámenes oftalmológicos de rutina, lentes con prescripción, lentes de contacto, procedimientos para corregir trastornos de refracción ocular como miopía, hipermetropía y astigmatismo, exámenes auditivos de rutina y aparatos auditivos, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.35 Implantes Cocleares, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.36 Cualquier gasto por cualquier prueba, tratamiento, medicamento y/o procedimiento relacionado con un embarazo, atención prenatal o posnatal, parto y cualquier Complicación del Embarazo y/o Complicación del Nacimiento relacionada, a menos que la cobertura esté incluida en la Tabla de Beneficios.

10.37 Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina o anticoncepción.

10.38 Cualquier gasto por reversión de esterilización, tratamiento de infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, condiciones sufridas por la madre o el recién nacido como resultado de cualquier tipo de Tecnología de Reproducción Asistida; tratamientos o prótesis para mejorar o restaurar disfunciones o insuficiencias sexuales.

10.39 Cualquier gasto por el tratamiento médico de la disforia de género, incluyendo, entre otros, terapia de afirmación de género y cirugía de afirmación de género.

10.40 Cualquier interrupción del embarazo inducida voluntariamente, a menos que exista evidencia de una condición médica de la paciente que justifique el procedimiento o que sea resultado de violación.

ART. 11 REQUISITO DE NOTIFICACIÓN PARA PREAUTORIZACIÓN Y COORDINACIÓN

11.1 Requisito de Preautorización

El Asegurado deberá obtener preautorización antes de incurrir en cualquier gasto médico por tratamientos o servicios médicos de Emergencia y no Emergencia relacionados con cualquiera de los beneficios a continuación cuando estén cubiertos bajo la Póliza, llamando al número telefónico que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del seguro, según corresponda:

- a. Cualquier tratamiento o servicio médico no de Emergencia incluido en la lista a continuación: al menos con tres (3) días de anticipación.
- b. Todas las Emergencias relacionadas con los tratamientos o servicios incluidos en la lista a continuación: dentro de los dos (2) días posteriores al evento, por el Asegurado o por una persona que actúe en su nombre, salvo que dicha notificación no sea posible debido a una causa ajena no imputable al Asegurado.

Para los servicios que requieran preautorización, la Aseguradora podrá requerir el uso de Patient Navigation Services como parte del proceso de preautorización.

Los beneficios, tratamientos médicos y servicios a continuación no estarán cubiertos si no se ha obtenido la preautorización correspondiente:

- a. Todas las admisiones hospitalarias, incluyendo la Unidad de Cuidados Intensivos.
- b. Todas las cirugías intrahospitalarias y ambulatorias, incluyendo, entre otras:
 - Trasplante de Órganos y Tejidos
 - Cirugía Reconstructiva o Correctiva Relacionada con una Enfermedad, Lesión o Cirugía Cubierta
 - Cirugía Bariátrica o de Bypass Gástrico y Otros Procedimientos Quirúrgicos para Pérdida de Peso, Incluyendo Complicaciones
 - Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer
 - Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomáticos de los Pies
 - Implantes Quirúrgicos o Prótesis
 - Implantes Cocleares
 - Cirugía Refractiva
- c. Tratamientos Oncológicos
- d. Terapia Genética / Terapia con Células CAR T
- e. Diálisis
- f. Procedimientos Diagnósticos Mayores en ambulatorio
- g. Medicamentos Altamente Especializados en ambulatorio
- h. Terapia de Rehabilitación en ambulatorio
- i. Trastornos del Espectro Autista
- j. Terapias Ocupacionales, Ortópticas y del Habla
- k. Cuidado Médico a Domicilio
- l. Cuidados de Maternidad
- m. Ambulancia Aérea
- n. Reembolso de boletos aéreos Después de Evacuación en Ambulancia Aérea
- o. Reembolso de boletos aéreos para viajar a Centros de Excelencia
- p. Trastornos Congénitos y/o Hereditarios
- q. VIH y SIDA
- r. Apnea del Sueño y otros Trastornos del Sueño
- s. Equipo Médico Durable, Prótesis Externas y Órtesis
- t. Cuidados Paliativos Para Pacientes Terminales
- u. Repatriación de Restos Mortales o Servicios de Cremación

11.2 Requisito de Coordinación

Además de requerir preautorización, los siguientes beneficios, tratamientos médicos y servicios también deberán ser coordinados por la Aseguradora:

- a. Trasplante de Órganos y Tejidos
- b. Cirugías Bariátrica o de Bypass Gástrico y Otros Procedimientos Quirúrgicos Para Pérdida de Peso, Incluyendo Complicaciones
- c. Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer
- d. Implantes Cocleares
- e. Terapia Genética / Terapia con Células CAR T
- f. Medicamentos Altamente Especializados en ambulatorio
- g. Ambulancia Aérea

ART. 12 PROCESO DE RECLAMACIÓN

La Aseguradora podrá pagar directamente a los Proveedores a nivel mundial por Gastos Cubiertos una vez que reciba toda la información requerida y completa para procesar la reclamación. Cuando no sea posible el pago directo al Proveedor o cuando el Asegurado ya haya pagado al Proveedor, la Aseguradora podrá reembolsar al Asegurado Titular conforme a lo establecido en la presente. No deberá presentarse ninguna reclamación cuando el Proveedor haya aceptado recibir el pago directo de la Aseguradora.

12.1 Condiciones Generales

Las reclamaciones deben recibirse dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. Una vez iniciado el proceso, cualquier información adicional solicitada por la Aseguradora deberá proporcionarse dentro de los noventa (90) días. El incumplimiento de lo anterior podrá resultar en el cierre de la reclamación y la liberación de responsabilidad.

Para ser reembolsado por Gastos Cubiertos, el Asegurado deberá presentar una reclamación digital ante la Aseguradora, presentando evidencia suficiente de todos los gastos.

12.2 Documentación Requerida

El Asegurado deberá presentar una reclamación digital a través del Portal del Asegurado y cargar los expedientes médicos correspondientes y las facturas detalladas, incluyendo:

- a. Nombre del paciente y fecha de nacimiento,
- b. Diagnóstico y tipo de servicio (consulta, procedimiento, Hospitalización, exámenes, etc.),
- c. Fecha y costo de cada servicio,
- d. Comprobante de pago,
- e. Nombre del Proveedor, especialidad e identificación fiscal/afiliación.

Para Gastos Cubiertos en los Estados Unidos de América, el Asegurado deberá proporcionar:

- a. Formulario CMS-1500 (de Médicos),
- b. Formulario UB-04 (de Hospitales),
- c. Una factura detallada que incluya información del Proveedor, servicios prestados, datos del paciente, fecha y codificación (CPT/HCPCS/ICD-10).

Para gastos de farmacia, incluir tanto la factura pagada como la prescripción médica, identificando claramente el Medicamento por Prescripción Médica.

Para Accidentes, el Asegurado también deberá presentar una declaración por escrito con los detalles del Accidente y un reporte policial, cuando esté disponible.

Cuando se presenten reclamaciones para más de un Asegurado a la vez, cada reclamación deberá presentarse por separado por Asegurado, Proveedor y evento, proporcionando los gastos detallados.

12.3 Cooperación

Es obligación del Asegurado cooperar con la Aseguradora en todos los requisitos necesarios para el procesamiento de un reembolso de pago, tales como auditorías y/o visitas programadas del personal designado por la Aseguradora para confirmar la veracidad de un diagnóstico, tratamiento o reclamación. El Asegurado deberá permitir el acceso a la información médica y a los Proveedores de atención médica, especialmente en reclamaciones de atención a largo plazo o Cuidados Paliativos. La falta de cooperación o la negativa a cooperar para este fin podrá dar lugar a la suspensión de beneficios o a la denegación de reclamaciones.

12.4 Reembolso

El reembolso podrá efectuarse en la moneda de la factura, en la moneda local del Asegurado o en dólares estadounidenses, a discreción de la Aseguradora.

El reembolso total no podrá exceder el monto efectivamente pagado por el Asegurado por los Gastos Cubiertos. El pago está sujeto a los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) y no podrá exceder los costos efectivamente incurridos.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, los beneficios no pagados serán reembolsados al Beneficiario designado o a los herederos legales.

Reclamaciones Menores: Los reembolsos por un monto inferior a cien dólares (US\$100) podrán ser retenidos y acumulados con reembolsos posteriores o aplicados a primas futuras, a discreción de la Aseguradora. Cualquier monto aplicado a una prima próxima reducirá la prima adeudada.

Errores en la Cobertura: Si por error se reembolsaran gastos excluidos o si posteriormente se determina que un pago es improcedente, la Aseguradora podrá solicitar el reembolso al Asegurado y no estará obligada a continuar realizando pagos a partir de la fecha en que se identifique el error.

ART. 13 ADMINISTRACIÓN: ARTÍCULOS GENERALES

13.1 Condiciones Preexistentes

Las Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro Médico podrán estar cubiertas bajo la Póliza, sujetas a los términos, condiciones y limitaciones contenidas en la Póliza, incluyendo cualquier Período de Espera de la Póliza, Período de Espera del Beneficio, cualesquiera limitaciones y Exclusiones que puedan estar contenidas en la Póliza y/o en el Certificado de Cobertura, y cualquier Enmienda.

Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro Médico no estarán cubiertas. No se cubren los riesgos asociados a complicaciones u otras condiciones que resulten, directa o indirectamente, de Condiciones Preexistentes no declaradas. La Aseguradora se reserva plenamente el derecho de modificar, excluir retroactivamente o limitar la cobertura parcial o totalmente, rescindir o cancelar la Póliza al conocer una omisión, declaración inexacta o Condición Preexistente no declarada en la Solicitud de Seguro Médico.

13.2 Exoneración del Período de Espera de la Póliza

El Período de Espera de la Póliza podrá ser exonerado a la sola discreción de la Aseguradora (si se indica en el Certificado de Cobertura) si:

- a. Al solicitar la cobertura, el Asegurado demuestra que previamente estuvo cubierto por un plan con cobertura médica internacional similar, vigente por al menos un (1) año continuo inmediatamente anterior a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza solicitada, sin ninguna interrupción de cobertura;
- b. La Solicitud de Seguro Médico se presenta ante la Aseguradora dentro de los treinta (30) días posteriores a la terminación de la cobertura anterior, y
- c. La existencia de la cobertura previa se declara en la Solicitud de Seguro Médico, y la Aseguradora recibe una copia de la póliza anterior y el recibo de prima del último año o aviso de renovación de esa aseguradora, junto con la Solicitud de Seguro Médico.

Si el Período de Espera de la Póliza es exonerado, los beneficios pagaderos por cualquier condición que ocurra durante los primeros treinta (30) días de la Fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado quedarán permanentemente limitados al menor beneficio aplicable para esa condición entre esta Póliza y la póliza anterior.

13.3 Datos Personales

La Aseguradora se compromete a la recopilación, uso, intercambio, transferencia y resguardo responsable de los Datos Personales confiados por nuestros clientes, de conformidad con su Aviso de Privacidad, disponible en www.bestdoctorsinsurance.com. Al aceptar y firmar los documentos de la Póliza, el Contratante y los Asegurados autorizan a la Aseguradora a tratar sus Datos Personales, incluyendo datos sensibles, para fines relacionados con la administración de la Póliza.

13.4 Autorización para Compartir Información Médica con el Consultor Independiente

Al aceptar esta Póliza, el Asegurado Titular entiende y acepta que el Consultor Independiente tendrá acceso a la información de salud y a la información médica confidencial (pasada, presente y futura) del Asegurado Titular y de los Asegurados Dependientes, la cual podrá ser presentada a la Aseguradora o a cualquiera de sus afiliadas o subcontratistas sin notificación previa al Asegurado Titular. Asimismo, el Asegurado Titular entiende y acepta que la Aseguradora pondrá dicha información a disposición del Consultor Independiente en nombre del Asegurado, a fin de facilitar el intercambio de información entre el Asegurado Titular y la Aseguradora durante el procesamiento de reclamaciones y la prestación de servicios médicos. El Asegurado Titular acepta que la Aseguradora podrá proporcionar/entregar dicha información al Consultor Independiente por cualquier medio que la Aseguradora elija, a su entera discreción. En consecuencia, la Aseguradora no está obligada a solicitar el consentimiento de los Asegurados cada vez que necesite compartir la información médica confidencial.

13.5 Autoridad

Ningún Consultor Independiente tiene autoridad para modificar la Póliza ni para eximir cualquiera de sus términos y condiciones. Después de emitida, las modificaciones a la Póliza no serán válidas salvo que sean aprobadas por escrito por un funcionario autorizado de la Aseguradora y dicha aprobación se valide mediante una Enmienda a la Póliza. Cualquier error material en los documentos que constituyen el Contrato no obliga a la Aseguradora y podrá corregirse, una vez detectado, mediante una Enmienda al Certificado de Cobertura.

13.6 Cambio de País de Residencia

El Asegurado Titular deberá notificar por escrito a la Aseguradora cualquier cambio en su País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días de ocurrido. El cambio de País de Residencia puede resultar en un ajuste de la prima, del Deducible Individual o del plan, o en la cancelación de la Póliza con base en la nueva área geográfica, a la sola discreción de la Aseguradora. El incumplimiento de notificar a la Aseguradora cualquier cambio en el País de Residencia del Asegurado Titular puede resultar en una modificación o cancelación de la Póliza.

13.7 Coordinación de Beneficios con Otra Cobertura de Seguro

Si existiera otra cobertura de seguro médico (pero no programas locales patrocinados por el gobierno) o un tercero con responsabilidad legal u obligación de pago, deberá declararse al completar la Solicitud de Seguro Médico o al adquirirse dicha cobertura. Un plan patrocinado por el gobierno es cualquier programa o beneficio de salud ofrecido y/o proporcionado por cualquier agencia gubernamental. Al presentar una reclamación, deberá entregarse prueba de la otra cobertura de seguro junto con copia de las facturas detalladas y prueba de los pagos realizados por la otra aseguradora o el programa patrocinado por el gobierno.

La Aseguradora iniciará el proceso de coordinación de beneficios determinando qué montos pagados por la otra aseguradora o el programa patrocinado por el gobierno se aplicarán al Deducible Individual, de acuerdo con los beneficios y limitaciones de esta Póliza. El monto total de los pagos no podrá exceder el monto de los Gastos Cubiertos incurridos.

En todas las situaciones de planes de seguro privado, la Aseguradora actuará como aseguradora secundaria y solo pagará la parte correspondiente de la reclamación.

13.8 Orden de Prelación en el Pago de Beneficios

Fuera del País de Residencia del Asegurado, la Aseguradora funcionará como aseguradora secundaria y conserva el derecho de coordinar beneficios y/o cobrar pagos a cualquier otra aseguradora, plan médico prepagado o agencia gubernamental.

Si un Asegurado está cubierto por un plan grupal del empleador, el pagador primario es el plan de seguro médico grupal que cubre al Asegurado como empleado, suscriptor, dependiente o asegurado. El pagador secundario es el plan de seguro médico de la Aseguradora que cubre al paciente como Asegurado Titular o Asegurado Dependiente.

13.9 Devolución de Primas No Devengadas

Si el Contratante o la Aseguradora cancelan la Póliza después de haber sido emitida, restablecida o renovada, la Aseguradora reembolsará al Contratante la porción de la prima no devengada correspondiente al período restante de cobertura de la Póliza a la fecha de terminación, hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) del monto de la prima neta. No obstante, la Aseguradora retendrá treinta y cinco por ciento (35%) de la prima neta para cubrir costos administrativos, los cuales no serán reembolsados. La porción de la prima no devengada se calcula con base en el número de días restantes de la Póliza después de la fecha de terminación, considerando la recurrencia de pago, menos el número de días durante los cuales la Póliza estuvo vigente. Si el monto de la prima no devengada a reembolsar es inferior a cien dólares (US\$100), dicha prima no devengada no será reembolsada.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular y previa presentación de los documentos razonablemente requeridos por la Aseguradora, la porción de la prima no devengada correspondiente al Asegurado Titular fallecido se pagará al Contratante. Si el Contratante y el Asegurado Titular son la misma persona, la porción de la prima no devengada correspondiente al Asegurado Titular fallecido se reembolsará al Beneficiario designado o a los herederos legales del Asegurado Titular.

13.10 Moneda

Todos los valores monetarios indicados en esta Póliza están expresados en dólares estadounidenses (US\$).

13.11 Exámenes Médicos, Segunda Opinión Médica y Deber de Cooperar

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar un examen médico o una Segunda Opinión Médica a cualquier Asegurado cuya condición o Lesión sea la base de una reclamación, cuando y tantas veces como la Aseguradora lo considere necesario, mientras la reclamación esté siendo evaluada.

El Asegurado deberá proporcionar prontamente toda la información solicitada por la Aseguradora en relación con su salud antes, durante y después de la emisión de la Póliza, así como otorgar su consentimiento expreso para que los profesionales e instituciones médicas donde fue atendido permitan entregar a la Aseguradora toda la información necesaria para reunir expedientes médicos completos del Asegurado en cada caso.

13.12 Informes Médicos

La Aseguradora solicitará todos los expedientes e informes médicos necesarios directamente al Proveedor cuando se haya acordado el pago directo con el Proveedor o al Asegurado en caso de reembolsos.

El Asegurado es el responsable final de obtener todos los expedientes médicos, informes e información necesarios para procesar una reclamación. El Asegurado entiende que, para obtener expedientes médicos de Proveedores, la Aseguradora necesitará formularios de autorización debidamente firmados por el Asegurado, los cuales pueden ser solicitados por el Proveedor o por la Aseguradora. No obtener oportunamente la autorización necesaria o los expedientes o informes médicos relevantes conforme a lo establecido en esta Póliza puede ocasionar que una reclamación se retrase o sea denegada.

13.13 Cancelación de la Póliza o No Renovación

La Póliza se considerará automáticamente cancelada si ocurre cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Incumplimiento de pago de la prima total adeudada conforme se requiere.
- b. El Contratante notifica a la Aseguradora por escrito su decisión de no continuar con la cobertura de seguro.
- c. Notificación escrita de la Aseguradora al Contratante informando que la Póliza ha sido cancelada conforme al artículo "Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño".

La cancelación anticipada de la Póliza se realizará sin afectar el derecho del Asegurado a recibir pagos por Gastos Cubiertos incurridos antes de la fecha de cancelación, excepto en caso de fraude, declaración falsa, omisión o engaño. Cualquier tratamiento recibido después de la fecha de cancelación de la Póliza no estará cubierto, independientemente de la fecha en que la condición, Lesión, Enfermedad o Accidente ocurrió o se manifestó por primera vez, y de si pudiera requerirse tratamiento adicional.

La Aseguradora no podrá cancelar la Póliza de un Asegurado como penalidad por su historial de reclamaciones.

En caso de cancelación o no renovación de la Póliza, a los Asegurados Dependientes se les podrá permitir continuar cubiertos bajo una nueva Póliza sin evaluación de riesgo, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo "Elegibilidad y Terminación de la Cobertura". Dichos Asegurados Dependientes estarán sujetos a los mismos términos, condiciones, Exclusiones y Enmiendas de la Póliza anterior y deberán presentar una nueva Solicitud de Seguro Médico dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de cancelación o no renovación de la Póliza bajo la cual eran Asegurados Dependientes.

Si la Aseguradora cancela o rescinde la Póliza debido a fraude, declaración falsa, omisión o engaño, se reserva el derecho de emitir una nueva Póliza para cualquier Asegurado Dependiente bajo la Póliza cancelada.

13.14 Fraude, Declaración Falsa, Omisión o Engaño

Si un Asegurado intenta o logra obtener beneficios para sí mismo o para otra persona mediante fraude, declaración falsa, omisión o engaño que, de otro modo, no hubieran sido debidos o

pagaderos, la Aseguradora, a su sola discreción, podrá cancelar o terminar unilateralmente la Póliza, incluso retroactivamente desde su inicio, ocasionando que el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes pierdan automáticamente todos sus derechos de cobertura bajo esta Póliza. Asimismo, como consecuencia de fraude, declaración falsa, omisión o engaño, ya sea el Asegurado Titular o el Contratante será responsable de reembolsar inmediatamente a la Aseguradora, a la primera solicitud de la Aseguradora, todos los pagos realizados por ésta al Asegurado Titular o directamente al Proveedor bajo esta Póliza. Igualmente, la Aseguradora se reserva el derecho de rechazar la solicitud de reembolso de cualquier porción de la prima no devengada, así como de retener cualquier monto que se adeudara o fuera pagadero al Asegurado Titular o a los Asegurados Dependientes bajo la Póliza desde su inicio.

13.15 Emisión de la Póliza

Bajo el principio de movilidad de los clientes, esta Póliza se emite y entrega en Bermudas.

13.16 Frecuencia de Pago

Esta Póliza se considera un contrato anual. Las primas podrán pagarse de forma anual, semestral o trimestral, cuando haya sido previamente aprobado por la Aseguradora.

13.17 Período de Gracia

La Aseguradora concede un Período de Gracia de treinta (30) días para el pago de la prima total adeudada. El Período de Gracia comenzará en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Si la prima total adeudada no se paga dentro del Período de Gracia, la Aseguradora terminará la cobertura a las 11:59 p.m. del último día del período cubierto por el último pago realizado. Los Gastos Cubiertos incurridos por los Asegurados durante el Período de Gracia serán pagados únicamente si la prima total adeudada se paga antes de finalizar el Período de Gracia.

13.18 Pago de Prima

El pago de la prima total es responsabilidad del Contratante o del Asegurado Titular, en ausencia del Contratante. La prima total es pagadera anualmente en la Fecha de Renovación de la Póliza o en cualquier otra Fecha de Vencimiento previamente autorizada por la Aseguradora. El pago de la prima total hace efectiva la Póliza durante el período por el cual se haya pagado la prima. Cualquier prima pagada en exceso no resultará en un aumento de responsabilidad por parte de la Aseguradora. Únicamente dará derecho al reembolso de dicho monto pagado en exceso, sin devengar intereses, y será reembolsado en la misma forma en que fue pagado. El incumplimiento de pago de la prima total adeudada conforme a lo acordado otorgará a la Aseguradora el derecho a la rescisión unilateral y total de la Póliza.

La recepción de una notificación o estado de cuenta de renovación por parte del Contratante o de cualquier otra persona o entidad relacionada con la Póliza no constituye condición previa para la obligación de la Parte Contratante de pagar la prima requerida por la Póliza. Si el Contratante tiene dudas sobre el monto adeudado o el momento del pago, podrá contactar al Consultor Independiente o a la Aseguradora.

Cualquier intento de la Aseguradora de cobrar la prima adeudada no significa que la Aseguradora renuncie a su derecho de cancelar la Póliza por falta de pago de la prima. Si la prima adeudada corresponde a la renovación de la Póliza, el incumplimiento de pago total después del vencimiento del Período de Gracia se interpretará como una decisión expresa del Contratante de no renovar la Póliza, y se considerará automáticamente cancelada.

13.19 Cambios de Tarifas

La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en conjunto y no de manera individual, en cada Fecha de Renovación. Ningún Asegurado individual será penalizado con un aumento de prima basado en su historial de reclamaciones.

13.20 Restablecimiento de la Póliza

Tras la cancelación de una Póliza por falta de pago de la prima requerida después de la expiración del Período de Gracia, la Póliza podrá restablecerse conforme a lo siguiente, a discreción de la Aseguradora:

- a. Si el Contratante paga el monto de prima adeudado dentro de los treinta (30) días posteriores a la expiración del Período de Gracia, la Póliza podrá restablecerse sin que el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes deban completar un nuevo Certificado de Buena Salud para evaluación de riesgo.
- b. Las pólizas en mora podrán renovarse a discreción de la Aseguradora al recibir un Cuestionario Médico (contenido en la Solicitud de Seguro Médico) o el Certificado de Buena Salud proporcionado por la Aseguradora para el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes.

13.21 Resolución de Controversias y Ley Aplicable

- a. Cualquier disputa, controversia o reclamación que surja de, o se relacione con, la Póliza, incluyendo en cuanto a su formación, existencia, validez, interpretación, incumplimiento o terminación, ya sea que las reclamaciones planteadas sean arbitrables, incluyendo cualquier disputa, controversia o reclamación relativa a supuesta responsabilidad no contractual basada en hechos ocurridos antes, durante o después de la emisión de esta Póliza, se someterá a arbitraje final y vinculante de conformidad con la Bermuda International Conciliation and Arbitration Act 1993 (la "1993 Act") (incluyendo su Anexo 2, pero excluyendo la Parte II de la 1993 Act relativa a conciliación), según dicha legislación sea modificada ocasionalmente, o de conformidad con cualquier legislación sucesora de dicha norma. En caso de que se determinara que la 1993 Act no es aplicable a dicha disputa, controversia o reclamación, entonces el arbitraje aquí previsto se llevará a cabo de conformidad con la Bermuda Arbitration Act 1986 (la "1986 Act"), según dicha legislación sea modificada ocasionalmente, o de conformidad con cualquier legislación sucesora de dicha norma.
- b. El tribunal arbitral estará compuesto por tres (3) árbitros seleccionados por acuerdo entre las partes. Dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores al inicio del arbitraje, cada parte seleccionará a una (1) persona para actuar como árbitro. Si una de las partes no designa a su árbitro dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores al inicio del arbitraje, el árbitro será designado por el Comité de Nombramientos de la rama de Bermudas del Chartered Institute of Arbitrators ("CI Arb"), o si por

cualquier razón éste declina o no puede actuar, entonces por un Juez de la Corte Suprema de Bermudas (Commercial Court); y los dos (2) árbitros así seleccionados acordarán y seleccionarán un tercer árbitro ("Presidente del Tribunal") dentro de los sesenta (60) días posteriores al inicio del arbitraje.

- c. Si los árbitros seleccionados no logran o no consiguen ponerse de acuerdo respecto del tercer árbitro dentro del plazo previsto, el tercer árbitro será designado por el Comité de Nombramientos de la rama de Bermudas del CIArb o, si por cualquier razón éste declina o no puede actuar, entonces por un Juez de la Corte Suprema de Bermudas (Commercial Court). Todos los árbitros actuarán como árbitros neutrales, independientes e imparciales. Los árbitros serán un juez retirado o un abogado con al menos diez (10) años de práctica activa en derecho de seguros y/o reaseguros.
- d. El tribunal arbitral tendrá, en la medida permitida por la ley y la práctica del lugar del arbitraje, la facultad de establecer todas las reglas procesales para la conducción del arbitraje, incluyendo una facultad discrecional para dictar órdenes respecto de cualquier asunto que considere apropiado en las circunstancias del caso con relación a los escritos, el descubrimiento, la inspección de documentos, el examen de testigos y cualquier otro asunto relacionado con la conducción del arbitraje; y podrá recibir y actuar con base en la evidencia, ya sea oral o escrita, estrictamente admisible o no, según lo estime conveniente a su discreción.
- e. Cada parte pagará los costos de su propia representación y de su árbitro designado por la parte, más la mitad de los costos del tercer árbitro y todos los gastos razonablemente asociados con el arbitraje. Todos los costos y gastos de las partes y del arbitraje serán determinados por el tribunal arbitral, el cual podrá, tomando en cuenta la ley y la práctica del lugar del arbitraje, ordenar por quién y de qué manera deberán pagarse.
- f. La sede y el lugar del arbitraje será Bermudas. El idioma que se utilizará en las actuaciones arbitrales será el inglés.
- g. El acuerdo de arbitraje aquí previsto será específicamente exigible, de conformidad con su ley aplicable, en cualquier tribunal que tenga jurisdicción al respecto.
- h. Cualquier laudo emitido por los árbitros se hará por escrito, con determinaciones de hecho y de derecho, y será final y vinculante para todas las partes.
- i. No obstante, cualquier disposición contraria de la 1993 Act o de la 1986 Act, ninguna de las partes apelará ningún laudo emitido por los árbitros, ni solicitará revisión, modificación o anulación de dicho(s) laudo(s) ante ningún tribunal, órgano jurisdiccional o agencia u autoridad regulatoria. Este artículo constituye el único recurso para la resolución de cualquier disputa que surja de, en conexión con, o relacionada con, la Póliza.
- j. La sentencia sobre el laudo emitido por los árbitros podrá presentarse ante cualquier tribunal que tenga jurisdicción al respecto.
- k. La ley aplicable a esta Póliza, al acuerdo de arbitraje establecido en este artículo y a todos los aspectos procesales y sustantivos del arbitraje aquí previsto será la ley de Bermudas (sin perjuicio de lo establecido en el inciso (a) de este artículo).

13.22 Subrogación e Indemnidad

La Aseguradora tiene derecho de subrogación o reembolso de los pagos que haya efectuado por servicios prestados en nombre del Asegurado, si y cuando el Asegurado recupere, total o parcialmente, dichos pagos de un tercero. Asimismo, la Aseguradora tiene derecho a proceder, a su propio costo, en nombre del Asegurado en cualquier acción legal contra terceros responsables de una reclamación bajo esta Póliza o que hayan causado una Lesión o un Accidente por el cual se otorguen beneficios bajo esta Póliza. Esto aplica aun cuando el Asegurado no reciba el monto total de la reclamación de dichos terceros o cuando los pagos recibidos por el Asegurado se describan como pagos por conceptos distintos a gastos de atención médica. El monto que el Asegurado deba reembolsar a la Aseguradora no se reducirá por honorarios o gastos legales incurridos por el Asegurado.

El Asegurado deberá colaborar con la Aseguradora presentando toda la información necesaria y completando y firmando la documentación requerida para que la Aseguradora recupere los pagos efectuados. Esto significa que el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora antes de intentar resolver cualquier reclamación relacionada con Lesiones sufridas por el acto u omisión de un tercero respecto de las cuales la Aseguradora haya pagado beneficios. El Asegurado se abstendrá de realizar actos que puedan limitar, de cualquier forma, el derecho de la Aseguradora a obtener el reembolso total de pagos realizados por servicios médicos en nombre del Asegurado.

13.23 Cambio de Deducible Individual o Plan

En la Fecha de Renovación de la Póliza, el Contratante podrá solicitar un cambio del Deducible Individual o de plan. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar dichos cambios o de aprobarlos sujetos a condiciones y/o restricciones específicas.

Si el Contratante solicita un cambio a un Deducible Individual menor o a un plan con beneficios mayores, la solicitud estará sujeta a evaluación de riesgo. Si un Asegurado se encuentra bajo tratamiento médico activo o ha sido diagnosticado recientemente con una condición médica al momento de la solicitud, el Deducible Individual y/o el plan no podrán modificarse.

Si se aprueba un cambio, aplicarán las siguientes condiciones:

a. Primeros Treinta (30) Días Después del Cambio

Para cualquier Enfermedad o Lesión (que no sea un Accidente o una Enfermedad infecciosa), la cobertura se limitará a:

- El mayor de los Deducibles Individuales entre el plan anterior y el nuevo, y
- El menor de los beneficios entre el plan anterior y el nuevo, excepto los enumerados bajo Beneficios Específicos más abajo.

b. Períodos de Espera del Beneficio

- Para todos los beneficios sujetos a un Período de Espera del Beneficio, deberá cumplirse el período de espera requerido antes de que el beneficio sea pagadero.
- Si, bajo el nuevo plan, el monto de un beneficio es mayor que bajo el plan anterior, el límite menor del plan anterior prevalecerá durante el Período de Espera del Beneficio indicado en la Tabla de Beneficios, a partir de la fecha del cambio.

- Para beneficios con Período de Espera del Beneficio que no estaban incluidos en el plan anterior, el Período de Espera del Beneficio comenzará desde la fecha efectiva del cambio para Asegurados existentes, o desde la Fecha de Inicio de Cobertura para Asegurados Dependientes recién añadidos.

c. **Beneficios Específicos**

Los siguientes beneficios se limitarán al menor monto cubierto entre el plan anterior y el nuevo:

- Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer durante los doce (12) meses siguientes a la fecha del cambio.
- Cirugías Bariátrica o de Bypass Gástrico y Otros Procedimientos Quirúrgicos para Pérdida de Peso durante los veinticuatro (24) meses siguientes a la fecha del cambio.
- Cuidados de Maternidad y Complicaciones del Embarazo y Parto durante los diez (10) meses siguientes a la fecha del cambio.

Si el plan anterior no incluía estos beneficios, deberá cumplirse el Período de Espera del Beneficio correspondiente antes de que cualquier gasto relacionado con estos beneficios sea cubierto.

d. **Beneficios de por Vida**

Cualquier monto ya pagado por beneficios de por vida bajo cualquier otra Póliza, plan y/o Anexo de la Aseguradora o de cualquiera de sus afiliadas se acumulará para el mismo beneficio bajo el nuevo plan.

13.24 Relación del Asegurado con Proveedores de Servicios Médicos y Hospitalarios

La Aseguradora no es un Proveedor médico. Su función se limita a proporcionar y administrar cobertura de seguro para ciertas actividades de atención médica realizadas por Proveedores médicos debidamente autorizados y con licencia, sujetas a los términos, condiciones, Exclusiones y limitaciones establecidas en la Póliza.

La Aseguradora no ofrece ni es responsable por la calidad de los servicios, ni por indicaciones u opiniones médicas, diagnósticos, tratamientos, prescripción de medicamentos u otros servicios médicos, incluyendo, entre otros, implantes, terapias, cirugías y sus posibles efectos secundarios o interacciones. Todas las decisiones médicas, incluyendo la elección de tratamientos, terapias, prescripciones y el uso de implantes u otros dispositivos médicos, son responsabilidad exclusiva del Asegurado y de su Proveedor médico. El Asegurado es responsable de sus decisiones respecto de aceptar indicaciones médicas y continuar con los tratamientos recomendados por sus Proveedores médicos.

El Asegurado reconoce que todas las indicaciones, tratamientos y terapias médicas, incluyendo, entre otros, el uso de cualquier medicamento, prótesis o implante, conllevan riesgos. La decisión y aceptación de proceder con cualquiera de ellos es responsabilidad única y exclusiva del Asegurado y de su Proveedor médico, considerando los posibles beneficios y riesgos.

El Asegurado asume y libera a la Aseguradora, sus afiliadas, funcionarios, directores, empleados, Consultores Independientes y agentes de cualquier reclamación, daño, pérdida, responsabilidad, impacto, costos y gastos derivados de los tratamientos y servicios médicos que pudiera haber recibido.

ART. 14 DEFINICIONES

Accidente

Todo evento violento, súbito, imprevisto y no intencional producido exclusivamente por una causa externa, que resulte directa e independientemente de otras causas y que provoque una Lesión corporal al Asegurado.

Accidente Cerebrovascular

Los Accidentes Cerebrovasculares (derrames o "strokes") son causados por coágulos de sangre y vasos sanguíneos rotos en el cerebro, que dañan el tejido cerebral. Los síntomas incluyen mareos, entumecimiento, debilidad en un lado del cuerpo y problemas para hablar, escribir o comprender el lenguaje. El riesgo de un Accidente Cerebrovascular aumenta por presión arterial alta, edad avanzada, tabaquismo, diabetes, colesterol alto, Enfermedades cardíacas, aterosclerosis (acumulación de material graso y placa dentro de las arterias coronarias) y antecedentes familiares de Accidente Cerebrovascular.

Accidente Grave

Evento repentino o inesperado causado por una fuente externa, involuntaria, imprevista, fortuita y violenta, que resulte en daño o Lesión corporal que pueda demostrarse mediante técnicas de diagnóstico por imagen y que requiera Hospitalización inmediata por más de veinticuatro (24) horas. Para los casos que afecten la nariz, ligamentos, columna, rodillas y/o articulaciones mayores, sólo se considerarán Accidentes Graves las fracturas, roturas o Politraumatismos.

Actividades de Alto Riesgo

Actividades con potencial significativamente elevado de Lesión o daño personal, que suelen implicar velocidad, alturas, herramientas o sustancias peligrosas, y requieren planificación cuidadosa y medidas de seguridad. Algunos ejemplos de Actividades de Alto Riesgo incluyen, sin limitarse a, paracaidismo, alpinismo, senderismo extremo, tauromaquia, deportes aéreos, espeleología, canotaje en rápidos de grado > 5, parapente, ala delta, competencias de velocidad, carreras de motocicletas, deportes o competencias con vehículos motorizados, buceo a más de treinta (30) metros (100 pies), boxeo, equitación y bungee jumping.

Aeronave Privada

Cualquier aeronave que opera vuelos personales o de negocios que no son regularmente programados o fletados por una aerolínea comercial.

Ambulancia Aérea

Transporte aéreo con equipo y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado desde el Hospital donde se encuentre hasta el Hospital más cercano, coordinado por la Aseguradora. Este plan ofrece este servicio únicamente en caso de Emergencia, según se define en esta Póliza.

Ambulancia Terrestre

Transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

Anexo

Documento agregado a la Póliza por la Aseguradora que provee cobertura opcional adicional y otro set de términos y condiciones que aplican a esa cobertura opcional adicional.

Angioplastia

Procedimiento no quirúrgico utilizado para abrir arterias coronarias obstruidas o estrechas. El procedimiento consiste en introducir un catéter con un balón inflable a través de la piel en las extremidades e inflarlo una vez que atraviesa el sitio de la arteria estenosada. Esto empuja la placa aterosclerótica intraluminal contra la pared arterial y restaura el diámetro luminal, normalizando así el flujo sanguíneo al miocardio.

Año Póliza

El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha de Inicio de Vigencia y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

Área de Cobertura

El área geográfica en la cual debe incurrirse en un gasto para que sea elegible para pago o reembolso bajo esta Póliza. El Área de Cobertura se indica en la Tabla de Beneficios.

Asegurado

El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes con Póliza activa al momento de recibir beneficios por Gastos Cubiertos y que figuran en el Certificado de Cobertura. La condición de Asegurado cesa según lo dispuesto en el artículo "Elegibilidad y Terminación de la Cobertura".

Asegurado Conviviente/Pareja de Hecho

El Conviviente/Pareja de Hecho del Asegurado Titular que ha sido incluido en la Solicitud de Seguro Médico y que ha sido aceptado para cobertura, con la condición de que solo se considerará como Asegurado Conviviente/Pareja de Hecho hasta la Fecha de Renovación en la que ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos en el artículo "Elegibilidad y Terminación de la Cobertura".

Asegurado Dependiente

Persona menor de setenta y cuatro (74) años al momento de su inclusión en la Póliza como Asegurado Cónyuge o Conviviente/Pareja de Hecho o Asegurado Hijo Dependiente del Asegurado Titular, que cumpla los requisitos del artículo "Elegibilidad y Terminación de la Cobertura".

Asegurado Hijo Dependiente

Hijo Dependiente que ha sido incluido en la Solicitud de Seguro Médico y que ha sido aceptado para cobertura, con la condición de que un Hijo Dependiente solo se considerará como Asegurado Hijo Dependiente hasta la Fecha de Renovación posterior a cumplir dieciocho (18) años de edad. Si dicho Hijo Dependiente es estudiante a tiempo completo en una Universidad o Institución Acreditada al momento de emitirse o renovarse la Póliza, podrá continuar como Asegurado Hijo Dependiente hasta la siguiente Fecha de Renovación posterior a cumplir veinticuatro (24) años de edad. No obstante, lo anterior, y sin importar la edad, un Hijo Dependiente dejará de ser considerado Asegurado Hijo Dependiente en la Fecha de Renovación posterior a contraer matrimonio.

Asegurado Propuesto

Persona para quien se solicita la cobertura de seguro.

Asegurado Titular

Persona que tenga al menos dieciocho (18) años y menos de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de contratar el seguro, que tiene derecho a la cobertura bajo la Póliza y a recibir el pago por los Gastos Cubiertos conforme a esta Póliza, y que ejerce los derechos de los Asegurados. El Asegurado Titular puede ser o no el Contratante.

Aseguradora

Best Doctors Insurance Limited.

Beneficiario

Persona designada en la Solicitud de Seguro Médico para recibir el reembolso de cualquier prima no devengada y el reembolso pendiente de cualquier gasto médico cubierto en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.

Cáncer

Enfermedad en la que algunas células del cuerpo crecen descontroladamente y se diseminan a otras partes del organismo. Las células anormales o dañadas crecen y se multiplican cuando no deberían. Estas células pueden formar tumores, que son masas de tejido. Los tumores cancerosos invaden tejidos cercanos y pueden viajar a lugares distantes del cuerpo para formar nuevos tumores (metástasis). Los tumores cancerosos también pueden denominarse tumores malignos. Muchos Cánceres forman tumores sólidos, pero los Cánceres de la sangre, como las leucemias, generalmente no lo hacen.

Cargo por Fuera de la Red

Cargo porcentual fijo que se aplica en productos sujetos a una Red de Proveedores en EE. UU. cuando un tratamiento se recibe de un Proveedor fuera de la Red de Proveedores en EE. UU.

Células Madre

Las Células Madre son células especiales del cuerpo humano que pueden convertirse en muchos tipos diferentes de células. Tienen la capacidad de dividirse, renovarse y ayudar a reparar tejidos dañados, apoyando el proceso natural de curación del cuerpo.

Certificado de Cobertura

Documento que constituye parte de la Póliza entre el Contratante y la Aseguradora, que especifica la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, enumera a todos los individuos cubiertos por la Póliza con su Fecha de Inicio de Cobertura y cualquier condición y/o limitación de cobertura.

Cesárea de Emergencia

Intervención quirúrgica que debe realizarse de forma inmediata debido a complicaciones o condiciones médicas que ponen en peligro la vida o la salud de la madre, el feto o ambos.

Cesárea Electiva

Intervención quirúrgica que se programa de manera planificada y no es considerada Urgente o de Emergencia. Las Cesáreas Electivas generalmente se programan con anticipación, a diferencia de las Cesáreas de Emergencia que se llevan a cabo de manera inmediata debido a una condición médica que pone en peligro la vida o la salud de la madre o el feto.

Cirugía de Revascularización Miocárdica

Procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo mejorar el flujo sanguíneo hacia el músculo cardíaco (miocardio) mediante la derivación (bypass) o el ensanchamiento de las arterias coronarias estrechadas. Generalmente se realiza bajo anestesia general y puede llevarse a cabo mediante un enfoque tradicional de cirugía a corazón abierto o utilizando técnicas mínimamente invasivas, como la cirugía robótica o la toracoscopia, realizada a través de una pequeña incisión en la pared torácica. Las indicaciones para este procedimiento incluyen Enfermedad arterial coronaria con estenosis significativa, isquemia miocárdica (falta de flujo sanguíneo al músculo cardíaco), insuficiencia cardíaca causada por Enfermedad coronaria y Enfermedad del tronco principal izquierdo de la arteria coronaria, una arteria mayor que irriga una porción importante del miocardio.

Complicaciones del Embarazo y Parto

Patología o tratamiento como resultado del curso anormal del embarazo y/o del parto, tales como nefritis aguda, nefrosis, insuficiencia cardíaca, preeclampsia, embarazo ectópico, diabetes gestacional, interrupción del embarazo que requiera intervención médica por muerte fetal, finalización espontánea de un embarazo en una etapa en la que el embrión o feto no pueda sobrevivir de forma independiente.

Para efectos de esta Póliza, no se considerarán Complicaciones del Embarazo y Parto: Cesárea Electiva o cesárea después de una cesárea, manchado o reposo prescrito por un Médico durante el embarazo, los síntomas normales y habituales derivados del embarazo; atención o tratamiento de una Enfermedad Crónica no relacionada con el embarazo, aun si durante la gestación requiere un tratamiento específico debido a Complicaciones del Embarazo y Parto que fueron el resultado de tratamientos de fertilidad, así como Complicaciones del Embarazo y Parto cuando este no esté cubierto por la Póliza.

Complicaciones del Nacimiento

Trastornos de un recién nacido directamente relacionados con el nacimiento, no debidos a factores genéticos o hereditarios, que se manifiestan durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo, entre otros: hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematurez, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

Condición Congénita

Trastorno orgánico, malformación, embriopatía o persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, adquirida durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente de si es evidente antes del nacimiento, en el momento del parto o se manifiesta posteriormente.

Condición Crítica

Estado de salud grave en el cual un individuo enfermo o lesionado presenta signos vitales peligrosamente inestables o anormales y generalmente requiere medidas de soporte vital a corto plazo (como respiración mecánica o desfibrilación) para su estabilización y apoyo previo o durante la recuperación. Las características definitorias de una Condición Crítica incluyen: alto riesgo de muerte inminente, disfunción de órganos vitales, necesidad de cuidados para evitar la muerte y potencial reversibilidad.

Condición Hereditaria

Enfermedad genética cuya característica principal es su transmisión de generación en generación, de padres a hijos, por medio del material genético, que traslada particularidades fisiológicas y anatómicas del individuo a sus descendientes.

Condición Preexistente

- a. Una condición que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado;
- b. Una condición por la cual se consultó a un Médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado;
- c. Una condición, síntoma o signo que, si se hubiera presentado a un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, hubiera resultado en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno.

Consultor Independiente

Asesor de seguros que orienta y aconseja a sus clientes sobre los productos de seguro disponibles, los ayuda a completar formularios, actúa como intermediario entre la Aseguradora y el cliente, colabora en la generación de la venta y brinda asistencia a sus clientes en el momento de presentar una reclamación, entre otras funciones.

Contratante

Persona natural o jurídica que ha suscrito el contrato de seguro con la Aseguradora para la cobertura de los Asegurados y que es responsable del pago de la prima correspondiente. El Contratante será el Asegurado Titular a menos de que otra persona sea designada en la Solicitud de Seguro Médico o cualquier otro formulario aceptado por la Aseguradora.

Conviviente/Pareja de Hecho

Parejas no casadas (ya sea entre sí o con cualquier otra persona) del mismo o de diferente sexo, que tengan una unión de hecho reconocida conforme a la legislación estatutaria o de derecho consuetudinario de su País de Residencia. Para ser considerada una Pareja de Hecho deben cumplirse los siguientes requisitos: ambos deben tener al menos dieciocho (18) años de edad y haber convivido en el mismo hogar por un período continuo de al menos doce (12) meses.

Cónyuge

Persona con la que el Asegurado Titular está legalmente casado, y cuyo matrimonio es válido en la jurisdicción donde se celebró.

Cuidados de Custodia

Servicios de asistencia en actividades básicas de la vida diaria que no requieren la intervención de un profesional sanitario.

Cuidados Paliativos

La atención médica a pacientes cuya Enfermedad Crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

Datos Personales

Información que permite inferir razonablemente la identidad de la persona a quien corresponde la información, a partir de los datos o en combinación con otros datos, ya sea por medios directos o indirectos, incluyendo su nombre, dirección, dirección de correo electrónico, número de identificación personal, número de registro, fotografía, huellas dactilares, diagnósticos, material biológico.

Deducible Familiar

El monto que debe cumplirse en conjunto por todos los Asegurados bajo la Póliza por Gastos Cubiertos incurridos en un Año Póliza. Todos los montos aplicados al Deducible Individual de cada Asegurado bajo la Póliza serán tomados en cuenta para alcanzar el Deducible Familiar máximo, equivalente al monto de dos (2) Deducibles Individuales. Una vez alcanzado el Deducible Familiar, se considerará cumplido el Deducible Individual para todos los Asegurados de la Póliza.

Deducible Individual

Monto que el Asegurado debe pagar cada Año Póliza por Gastos Cubiertos antes de que los beneficios estén disponibles bajo esta Póliza. Dicho monto no será reembolsado bajo la Póliza. Se considerará cumplido el Deducible Individual cuando el monto que el Asegurado deba pagar por Gastos Cubiertos incurridos en un Año Póliza alcance el Deducible Individual establecido en el Certificado de Cobertura, o cuando se cumpla el monto del Deducible Familiar en el mismo Año Póliza. El Deducible Individual podría ser diferente si el servicio médico se recibe dentro del País de Residencia o en otro lugar. Si el Deducible Individual ha sido cumplido en el País de Residencia y se reciben servicios médicos en otra área donde el Deducible Individual aplicable sea mayor, según lo indicado en el Certificado de Cobertura, el Asegurado será responsable de la diferencia entre ambos montos.

Deporte Profesional (Práctica de)

Deporte por cuya practica el deportista y/o entrenador recibe su principal fuente de ingresos económicos, patrocinio o un beneficio similar de cualquier tipo, directa o indirectamente, sea por jugar o entrenar.

Donante Vivo

Persona que dona uno de sus órganos, células o tejidos para ser trasplantados al cuerpo de otra persona o receptor con el que sea compatible.

EMA

"European Medicines Agency". La Agencia Europea de Medicamentos protege y promueve la salud humana y animal mediante la evaluación, autorización y seguimiento de los medicamentos en la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE). La EMA garantiza la evaluación científica, la supervisión y el seguimiento de la seguridad de los medicamentos de uso humano y veterinario en la UE.

Embarazo Cubierto

Un embarazo para el cual la Póliza provee beneficios una vez cumplido el Período de Espera del Beneficio de diez (10) meses calendario.

Emergencia

Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta Póliza que ponga en riesgo la vida, sea súbito e imprevisto, y que resulte en síntomas agudos de severidad suficiente (incluyendo dolor severo) de tal manera que pudiera razonablemente esperarse que la ausencia de atención médica inmediata pueda resultar en:

- a. Grave peligro para la vida o la salud del Asegurado a largo plazo, o
- b. Deterioro grave de las funciones corporales, o
- c. Disfunción grave o daño permanente de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Para efectos de esta definición, "atención médica inmediata" significa atención requerida dentro de las veinticuatro (24) horas a partir del inicio de dichos síntomas. Las condiciones que no cumplan con estos criterios, incluyendo evaluaciones médicas de rutina, tratamientos electivos o consultas Urgentes, no se considerarán una Emergencia bajo esta Póliza.

Enfermedad

Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes mórbidos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedad Crónica

Condiciones que duran un (1) año o más, pueden empeorar con el tiempo y requieren atención médica continua y/o limitan las actividades de la vida diaria. Las Enfermedades Crónicas tienden a ocurrir en adultos mayores y, por lo general, pueden controlarse, pero no curarse. Entre ellas se destacan, aunque no se limitan a: Cáncer, Enfermedades cardíacas, Accidente Cerebrovascular, diabetes y artritis.

Enfermedad Neurológica

Enfermedad en la que el sistema nervioso central y/o periférico se ve afectado por un trastorno que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen dichos sistemas. Para fines de esta cobertura, no se considerará una Enfermedad Neurológica ningún trastorno o Enfermedad que afecte el sistema nervioso central y/o periférico de manera secundaria o que haya sido causado por condiciones o factores externos al sistema nervioso.

Enfermero(a)

Una persona legalmente licenciada de acuerdo con los requisitos de la jurisdicción local donde trabaje para atender a los pacientes.

Enmienda

Documento agregado a la Póliza por la Aseguradora que aclara, explica o modifica los términos y condiciones de la Póliza.

Equipo Médico Durable

El Equipo Médico Durable (EMD) es cualquier equipo que provea beneficios terapéuticos a un paciente debido a ciertas condiciones médicas y/o Enfermedades. El EMD se utiliza principalmente con un propósito médico y puede resistir el uso diario o prolongado. No es útil para una persona en ausencia de Enfermedad o Lesión. Debe ser recetado o prescrito por un Médico. El EMD incluye, entre otros: sillas de ruedas (manuales y eléctricas), camas hospitalarias, equipos de tracción, bastones, muletas, andadores, etc.

Estados Unidos, EE. UU.

Se refiere a los Estados Unidos de América.

Examen Médico de Rutina

También conocido como visita de bienestar o visita de cuidado preventivo, es una cita periódica con un Proveedor de salud destinada a monitorear la salud general y prevenir problemas potenciales antes de que se vuelvan graves. Se enfoca en mantener la buena salud e identificar problemas de forma temprana, en lugar de tratar Enfermedades ya existentes. Los Exámenes Médicos de Rutina pueden incluir un examen físico, revisión de historial médico, cribaje (tamizaje) para ciertas condiciones, vacunación y consejería en salud.

Examen Pediátrico de Rutina

Un Examen Pediátrico de Rutina, también conocido como visita de niño sano, es fundamental para monitorear el crecimiento, desarrollo y estado general de salud del niño. Incluye la administración de vacunas, pruebas de detección y la atención de inquietudes por parte de los padres. Estos chequeos ayudan a identificar posibles problemas de salud de manera temprana, brindan la oportunidad de discutir cualquier duda o preocupación sobre la salud del niño, aseguran que reciba las vacunas y exámenes necesarios para mantenerse sano, y permiten llevar un seguimiento continuo de su desarrollo físico y emocional.

Experimental o Investigativo

Es cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, equipo, medicamentos, drogas, dispositivos, suministros u Hospitalización que no cumpla con los siguientes criterios:

- a. Estudios controlados, publicados en la literatura médica que han sido validados por otros profesionales de la misma especialidad, que demuestran que ese servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en la salud para un diagnóstico específico.
- b. En el momento en que el servicio o suministro se provee, cumple con las normas generalmente aceptadas de práctica médica de la autoridad sanitaria competente y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA y/o la EMA.
- c. En el momento en que el servicio o suministro se provee, ha sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la autoridad sanitaria competente y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA y/o la EMA independientemente del lugar donde se incurran los gastos médicos.

Fecha de Inicio de Cobertura

La fecha indicada en el Certificado de Cobertura para cada Asegurado en la cual comienza el Período de Espera de la Póliza. La Fecha de Inicio de Cobertura también se utiliza para calcular cualquier Período de Espera del Beneficio aplicable. Cuando se agrega un nuevo beneficio con un Período de Espera del Beneficio después de la Fecha de Inicio de Cobertura de un Asegurado, el Período de Espera del Beneficio comenzará a contarse a partir de la Fecha de Renovación de la Póliza siguiente a la fecha de vigencia del beneficio.

Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza

Fecha en que la Póliza entra en vigor, tal como aparece en el Certificado de Cobertura. Esta fecha se hará efectiva solamente después que la Póliza haya sido entregada al Asegurado Titular y haya vencido el período de diez (10) días durante el cual el Asegurado Titular se reserva el derecho de examinar y devolver la Póliza para obtener el reembolso de la prima que haya pagado.

Fecha de Renovación

La fecha anual recurrente en la cual la vigencia de la cobertura se reinicia para un nuevo Año Póliza. En esta fecha, los términos de la Póliza pueden revisarse o ajustarse, incluyendo primas, beneficios y opciones de cobertura. En esta misma fecha, todos los beneficios y coberturas de la Póliza finalizarán, a menos que el pago total de la prima se realice en la Fecha de Vencimiento y a más tardar dentro del Período de Gracia.

Fecha de Vencimiento

La fecha en la que la prima total del seguro vence y debe ser pagada por el período correspondiente. En la Fecha de Vencimiento terminan todos los beneficios y la cobertura de la Póliza, de conformidad con las disposiciones de la misma.

FDA

"Food and Drug Administration", Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos. Para estándares internacionales, es un referente en cuanto a la autorización de medicamentos.

Gastos Cubiertos

Los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) por gastos médicos incurridos por un Asegurado en el Área de Cobertura y después de la Fecha de Inicio de Cobertura, y mientras la Póliza esté vigente con respecto a ese Asegurado y que la Aseguradora determine que cumplen con todo lo siguiente:

- a. Se proporcionan con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una Enfermedad o Lesión cubierta;
- b. Son Medicamento Necesarios, y
- c. No constituyen una Exclusión general en la Póliza ni una Exclusión individual en el Certificado de Cobertura.

El monto pagadero como Gastos Cubiertos puede estar limitado por otros máximos específicos descritos en la Tabla de Beneficios o en otras secciones de la Póliza. Los Gastos Cubiertos están sujetos a cualesquiera cargos aplicables, Deducibles Individuales o Familiar y/o Coaseguro.

Habitación Privada

Una habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

Habitación Semiprivada

Una habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a más de un paciente.

Hijo Dependiente

Las siguientes personas solteras en relación con el Asegurado Titular: hijo biológico, hijo legalmente adoptado, hijastro o menor de edad sobre el cual el Asegurado Titular haya sido designado Representante Legal por un tribunal de jurisdicción competente.

Hospital

Cualquier institución legalmente autorizada como establecimiento médico o quirúrgico en el país donde se ubica y dedicada principalmente a proveer servicios clínicos y quirúrgicos a personas enfermas o lesionadas bajo la supervisión de un profesional médico. No incluye lugares de reposo, asilos, hogares de convalecencia ni centros de cuidados prolongados.

Hospitalización

Admisión del Asegurado en un Hospital por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la condición debe justificar la Necesidad Médica de hospitalizar. El tratamiento limitado a la sala de Emergencias no se considera Hospitalización.

Implante Coclear

Un Implante Coclear es un pequeño dispositivo electrónico complejo que puede ayudar a proporcionar una percepción de sonido a una persona con sordera profunda o hipoacusia severa. El Implante Coclear consiste en una parte externa que se coloca detrás de la oreja y una segunda parte que se implanta quirúrgicamente debajo de la piel. Un implante no restaura la audición normal. En cambio, puede proporcionar a una persona sorda una representación útil de los sonidos del entorno y ayudarle a comprender el habla.

Infarto de Miocardio

Emergencia médica que ocurre cuando el flujo sanguíneo al músculo cardíaco se bloquea, causando daño o muerte del tejido cardíaco. La causa más común es la aterosclerosis, en la cual depósitos grasos (placas) obstruyen las arterias coronarias que suministran sangre al corazón. Otros factores incluyen coágulos sanguíneos, espasmos de las arterias coronarias, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, obesidad y ciertos medicamentos. Los síntomas más frecuentes incluyen: dolor en el pecho, dificultad para respirar, náuseas, vómitos, dolor o molestia en el brazo izquierdo, hombro, cuello o mandíbula, sudoración, mareo o desmayo. El diagnóstico debe apoyarse en un electrocardiograma (ECG) que muestre cambios en el ritmo y la actividad eléctrica del corazón, análisis de sangre con elevación de enzimas cardíacas y estudios de imagen como ecocardiografía o angiografía.

Insuficiencia Renal

La Insuficiencia Renal (fallo renal) ocurre cuando uno o ambos riñones dejan de funcionar adecuadamente por sí solos. En algunos casos, la Insuficiencia Renal es temporal y se desarrolla rápidamente (Insuficiencia Renal aguda). En otros casos, es una Condición Crónica que empeora progresivamente con el tiempo (Insuficiencia Renal crónica). La etapa terminal de la Insuficiencia Renal crónica representa la pérdida completa e irreversible de la función renal, por lo cual se hace necesario el tratamiento mediante diálisis o un Trasplante de riñón.

Lesión

Daño causado al cuerpo del Asegurado.

Medicamento Necesario o Necesidad Médica

Es un servicio médico, suministro, equipo, Medicamento por Prescripción Médica, o estadía en un Hospital que:

- a. Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad del Asegurado;
- b. No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- c. Haya sido prescrito por un Médico;
- d. Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos.

No será considerada como Medicamento Necesario la sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite para la conveniencia del Asegurado, la familia del Asegurado o el Proveedor del servicio.

Medicamento Biosimilar

Un Medicamento Biosimilar es un medicamento biológico altamente similar a otro previamente aprobado por la FDA: el biológico original (también denominado producto de referencia). Los Medicamentos Biosimilares se elaboran a partir de los mismos tipos de fuentes y no presentan diferencias clínicamente significativas con respecto a los productos de referencia. Esto significa que ofrecen la misma seguridad y eficacia que el producto de referencia a lo largo del tratamiento.

Medicamento de Marca

Medicamento vendido por una compañía farmacéutica bajo un nombre específico o marca registrada y que está protegido por una patente. Los Medicamentos de Marca pueden estar disponibles bajo prescripción o de venta libre.

Medicamento Genérico

Medicamento prescrito que contiene la misma fórmula de ingredientes activos que un Medicamento de Marca. Los Medicamentos Genéricos generalmente tienen un costo menor que los Medicamentos de Marca. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) evalúa estos medicamentos como igual de seguros y eficaces que los Medicamentos de Marca.

Medicamento por Prescripción Médica

Medicamento cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico.

Medicamentos Altamente Especializados

Medicamentos de alto costo y alta complejidad utilizados en el tratamiento de condiciones complejas, raras o Crónicas, tales como Cáncer, Enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple o demencia/ Enfermedad de Alzheimer. Estos Medicamentos por Prescripción Médica deben ser prescritos por un Médico especialista y, con frecuencia, requieren manejo, administración y monitoreo especiales. El uso de Medicamentos Altamente Especializados puede requerir supervisión cuidadosa por parte de un prestador de atención médica especializado que pueda vigilar efectos secundarios severos, manejar ajustes de dosis y asegurar que el medicamento esté funcionando según lo previsto. Salvo que se indique lo contrario en la Póliza, cualquier medicamento que no sea administrado durante una Hospitalización

como paciente interno se considerará un medicamento ambulatorio. La cobertura de Medicamentos Altamente Especializados está sujeta a Necesidad Médica, preautorización y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de la Póliza.

Medicina Alternativa

Tratamientos médicos que se utilizan en lugar de terapias tradicionales (convencionales). Las prácticas médicas alternativas generalmente no son reconocidas por la comunidad médica como enfoques estándar o convencionales. Cuando se usan junto con la medicina tradicional, se denominan Medicina Complementaria.

Medicina Complementaria

Conjunto de disciplinas diagnósticas y terapéuticas alternativas utilizadas junto con la medicina convencional. La Medicina Complementaria incluye un gran número de prácticas y sistemas de salud que, por razones culturales, sociales, económicas o científicas, no han sido adoptados por la medicina occidental convencional.

Médico

Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. El término "Médico" también incluirá a personas legalmente licenciadas e inscritas para la práctica de odontología.

Neurocirugía

La Neurocirugía, también conocida como cirugía neurológica o cirugía cerebral, es una especialidad médica enfocada en el tratamiento quirúrgico y la rehabilitación de trastornos que afectan el sistema nervioso, incluyendo el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos.

País de Residencia

El país en el cual el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año calendario o Año Póliza, o donde el Asegurado haya residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza esté en vigor.

Patient Navigation Services

Patient Navigation Services son los servicios descritos en el Art. 9.1.

Período de Espera de la Póliza

El período de treinta (30) días que comienza en la Fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado bajo la Póliza, durante el cual la cobertura solo aplicará a Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente cubierto o una condición de origen infeccioso que ocurra o se manifieste por primera vez durante este período. Cualquier otra condición o síntoma que no sea causado por un Accidente cubierto o una condición de origen infeccioso que ocurra durante el Período de Espera de la Póliza quedará permanentemente excluido de la cobertura.

Período de Espera del Beneficio

Se refiere al período de tiempo que debe cumplirse antes de que la Aseguradora comience a realizar pagos por Gastos Cubiertos de ciertos beneficios, según lo indicado en la Póliza y en la Tabla de Beneficios. En la medida en que se agregue un nuevo beneficio después de la Fecha de Inicio de

CONDICIONES DE COBERTURA

Cobertura de un Asegurado, y dicho nuevo beneficio contemple un Período de Espera del Beneficio, este se calculará a partir de la Fecha de Renovación posterior a la incorporación del nuevo beneficio en la Póliza.

Período de Gracia

Los treinta (30) días posteriores a la Fecha de Vencimiento de la Póliza durante los cuales la Póliza puede ser renovada.

Politraumatismo

Es el trauma grave de varios sistemas de órganos y tejidos del cuerpo humano como consecuencia de una acción física externa y debida a la cual el paciente puede sufrir incapacidad temporal o definitiva e inclusive la muerte.

Póliza

El contrato íntegro entre la Aseguradora y el Contratante respecto de los beneficios aquí contenidos. La Póliza está constituida por los siguientes documentos, y ningún otro documento, correspondencia, discusión, acuerdo o negociación previa se considerará parte de la misma:

- a. Las Condiciones de Cobertura (este documento);
- b. La Tabla de Beneficios correspondiente;
- c. La Solicitud de Seguro Médico debidamente firmada por el Contratante y el Asegurado Titular, la cual se ha utilizado para la evaluación de riesgo, incluyendo cualquier examen o informe médico que pudiera haber requerido la Aseguradora, registros de entrevistas médicas telefónicas, así como cualquier otro cuestionario o documento requerido al momento de solicitar la cobertura;
- d. Cualquier documento que sea requerido para añadir nuevos Asegurados Dependientes a la Póliza, modificar el riesgo asegurado, cambiar a un plan médico distinto, reinstalar la Póliza o reclamar el pago de beneficios bajo esta Póliza;
- e. El Certificado de Cobertura;
- f. Cualquier Enmienda que modifique los términos y Condiciones de Cobertura de la Póliza;
- g. Cualquier Enmienda o Módulo que incluya coberturas adicionales.

En caso de discrepancia, las Enmiendas y los Anexos prevalecerán sobre las disposiciones de las Condiciones de Cobertura. La versión en inglés de esta Póliza prevalecerá y será el documento de control en caso de duda o controversia sobre la redacción en las versiones traducidas de esta Póliza. La versión en español de este documento se facilita como cortesía para el Asegurado y podrá solicitarse directamente a la Aseguradora o a través del Consultor Independiente. Los documentos podrán enviarse en formato electrónico. El Asegurado tiene derecho a solicitar copias impresas de estos documentos.

Procedimientos Diagnósticos Mayores

Las siguientes pruebas y procedimientos diagnósticos Médicamente Necesarios utilizados para monitorear, confirmar o evaluar la afección del paciente:

- Tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) (imágenes avanzadas)

CONDICIONES DE **COBERTURA**

- Gastroscofia / endoscopia digestiva alta
- Colonoscopia
- Biopsias
- Estudios de electrofisiología cardíaca (EP)
- Cualquier otro examen o procedimiento que sea invasivo o que requiera instalaciones y equipos especializados, o sedación o anestesia con monitoreo clínico.

Proveedor

Hospitales, centros de diagnóstico, laboratorios, Médicos, especialistas, farmacias y cualquier otro prestador de servicios médicos legalmente autorizado en la jurisdicción donde presta sus servicios. La calidad de los servicios no es responsabilidad de la Aseguradora.

Quemaduras Graves

Las Quemaduras Graves son una Emergencia médica que causa daño en la piel y los tejidos debido a calor, electricidad, radiación o productos químicos. Para fines de esta cobertura, solo se considerarán Quemaduras Graves aquellas diagnosticadas como quemaduras de tercer grado. Las quemaduras de tercer grado afectan todas las capas de la piel y, en algunos casos, también el tejido graso y muscular subyacente. Estas quemaduras pueden destruir los nervios, por lo que en algunos casos pueden presentarse con poco o ningún dolor.

Red de Maternidad de Best Doctors Insurance

Esta es una red de Hospitales con los cuales la Aseguradora tiene un acuerdo para que los Asegurados puedan recibir beneficios de maternidad. Esta es una red bajo acuerdo de pago mediante la cual la Aseguradora pagará directamente al Proveedor por los Gastos Cubiertos incurridos, los cuales pueden estar sujetos a cualesquiera cargos aplicables, Deducibles Individuales y Familiares, Coaseguro, limitaciones de la Póliza y otras limitaciones establecidas durante el proceso de suscripción del riesgo.

Red de Proveedores de Centros de Excelencia de Best Doctors Insurance

Esta es una red de Hospitales con los cuales la Aseguradora tiene un acuerdo para que los Asegurados puedan recibir ciertos beneficios. Esta es una red bajo acuerdo de pago mediante la cual la Aseguradora pagará directamente al Proveedor por los Gastos Cubiertos incurridos, los cuales pueden estar sujetos a cualesquiera cargos aplicables, Deducibles Individuales y Familiares, Coaseguro, limitaciones de la Póliza y otras limitaciones establecidas durante el proceso de suscripción del riesgo.

Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados

La Red de Proveedores de Tratamientos Médicos Avanzados es una red de Hospitales y Proveedores con los cuales la Aseguradora tiene un acuerdo para que los Asegurados puedan recibir la atención médica requerida relacionada con Tratamientos Médicos Avanzados. Esta es una red bajo acuerdo de pago mediante la cual la Aseguradora pagará directamente al Proveedor por los Gastos Cubiertos incurridos, los cuales pueden estar sujetos a cualesquiera cargos aplicables, Deducibles Individuales y Familiares, Coaseguro, otros términos de esta Póliza, y cualesquiera limitaciones establecidas durante el proceso de suscripción del riesgo.

Red de Proveedores en EE. UU.

La Red de Proveedores en EE. UU. es un grupo de Proveedores de atención médica afiliados a la Aseguradora y/o al administrador de la red del plan, según lo indicado en la Tabla de Beneficios. Esta es una red bajo acuerdo de pago mediante la cual la Aseguradora pagará directamente al Proveedor por los Gastos Cubiertos incurridos, los cuales pueden estar sujetos a cualesquiera cargos aplicables, Deducibles Individuales y Familiares, Coaseguro, limitaciones de la Póliza y otras limitaciones establecidas durante el proceso de suscripción del riesgo.

Red de Proveedores Premium

Es un grupo de Proveedores de atención médica cuyos servicios están cubiertos por la Compañía de Seguros. Los Gastos Cubiertos incurridos dentro de la Red de Proveedores Premium están sujetos al pago de un Coaseguro por parte del Asegurado, además de cualquier otro cargo aplicable, deducibles individuales y familiares, limitaciones de la Póliza y otras limitaciones establecidas durante el proceso de suscripción. Para determinar si un Proveedor es miembro de la Red de Proveedores Premium, los Asegurados deberán ponerse en contacto con la Compañía de Seguros antes de programar o recibir cualquier servicio médico. Se recomienda obtener directamente de la Compañía de Seguros la lista actualizada de Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores Premium. La Red de Proveedores Premium puede modificarse en cualquier momento sin previo aviso.

Rehabilitación Cardíaca

Programa médicamente supervisado y considerado necesario desde el punto de vista clínico, que combina ejercicio prescrito, educación y asesoramiento, destinado a mejorar la salud cardiovascular tras un Infarto de Miocardio, una cirugía cardíaca o el diagnóstico de una Enfermedad cardíaca, según prescripción médica.

Representante Legal

Para efectos de esta Póliza, se tendrá por Representante Legal a la persona que, de conformidad con la legislación civil aplicable, ejerza la Patria Potestad o la Tutela del Asegurado y en esa capacidad, contrate la Póliza de seguro. El Representante Legal no gozará de la cobertura de la Póliza contratada; sin embargo, deberá cumplir con todas las obligaciones del Asegurado con respecto al pago de la prima, la notificación de siniestros, la gestión de solicitud de reembolso de los Gastos Cubiertos por la Póliza, las notificaciones entre las partes y cualquier otra obligación indicada en las Condiciones de Cobertura de la Póliza.

Residente de los Estados Unidos

Se considerará Residente de los Estados Unidos a la persona cuyo País de Residencia sea Estados Unidos y que tenga la intención de establecer a Estados Unidos como su hogar en forma permanente o como su residencia principal para fines legales. Esto podrá evidenciarse mediante el registro para votar, la obtención de la ciudadanía u otros criterios que establezca la Aseguradora.

Segunda Opinión Médica

La opinión de un Médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

Servicios Hospitalarios

Todo tratamiento médico brindado al Asegurado en un Hospital. Comprende los cargos por habitación y alimentación en caso de Hospitalización, el uso de las instalaciones médicas del Hospital y todos los

tratamientos y servicios médicos prescritos por un Médico, incluida la terapia intensiva cuando sea Médicamente Necesaria.

Solicitud de Seguro Médico

Declaración escrita firmada por el Contratante y el Asegurado Titular Propuesto, que contiene información sobre ellos y los Asegurados Dependientes Propuestos, de haberlos, y que se utiliza para determinar su asegurabilidad. La Solicitud de Seguro Médico incluye los cuestionarios de historia clínica, las declaraciones verbales realizadas por los Asegurados Propuestos durante una entrevista médica efectuada por la Aseguradora antes de la Emisión de la Póliza, así como cualquier otro documento aportado o solicitado por la Aseguradora, los cuales formarán parte de la Póliza una vez aprobada la solicitud y suscrita la Póliza por la Aseguradora.

Sustancias Ilegales

Fármacos o sustancias químicas definidas por la legislación federal de EE. UU. como ilegales para su venta al público (p. ej., cocaína); Medicamentos por Prescripción usados con un fin distinto al específicamente autorizado por la FDA y/o la EMA (p. ej., Oxycontin no utilizado según la prescripción para el dolor); o el uso ilícito de otras sustancias tradicionalmente vendidas para fines distintos (p. ej., ingerir alcohol isopropílico).

Tabla de Beneficios

Documento que detalla de manera concisa los beneficios cubiertos, los montos, el Deducible y los porcentajes de Coaseguro del plan específico, con el fin de ayudar a los Asegurados a comprender su cobertura.

Técnicas de Reproducción Asistida

Tratamientos y procedimientos médicos y/o quirúrgicos desarrollados para tratar patologías relacionadas con la infertilidad. Estos incluyen, entre otros, inseminación artificial, fertilización in vitro (FIV), tratamiento con medicamentos para estimular la fertilidad masculina y/o femenina, e inyección intracitoplasmática de espermatozoides.

Terapia Física

Tratamiento Médicamente Necesario proporcionado por un fisioterapeuta licenciado para restaurar o mejorar la movilidad, la fuerza, la función y el manejo del dolor después de una Enfermedad, Accidente, cirugía o condición musculoesquelética.

Terapia Genética

La Terapia Genética es un enfoque médico que consiste en alterar los genes dentro de las células de una persona para tratar o prevenir enfermedades. Esto puede lograrse mediante diversos métodos, incluidos corregir o desactivar genes defectuosos, sustituir genes no funcionales por una copia sana para restaurar la función normal, o modificar la expresión génica para corregir mutaciones que provocan enfermedad. La Terapia Genética tiene el potencial de tratar una amplia variedad de afecciones, incluidos trastornos genéticos como la fibrosis quística, la hemofilia y la distrofia muscular; ciertos tipos de Cáncer, para reconocer mejor y atacar las células cancerosas; y enfermedades infecciosas como el VIH, mediante la alteración de los genes de las células inmunitarias para resistir la infección.

Terapia Ocupacional

Tratamiento Médicamente Necesario proporcionado por un terapeuta ocupacional con licencia para ayudar a los pacientes a restaurar o mejorar su capacidad de realizar actividades diarias y funciones laborales después de una Enfermedad, Accidente o discapacidad.

Terapia Ortóptica

Tratamiento Médicamente Necesario proporcionado por un ortoptista con licencia para diagnosticar y manejar trastornos del movimiento ocular, visión binocular y coordinación visual, incluyendo el manejo no quirúrgico del estrabismo y condiciones relacionadas.

Terapia Respiratoria

Tratamiento Médicamente Necesario proporcionado por un terapeuta respiratorio con licencia para evaluar, manejar y mejorar la función respiratoria en pacientes con Enfermedades pulmonares agudas o crónicas u otros trastornos respiratorios.

Trasplante

Procedimiento Médicamente Necesario mediante el cual órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados de un Donante Vivo o fallecido al receptor.

Trastorno Infeccioso Grave

Trastorno causado por la multiplicación de microorganismos y la presencia de sus toxinas en la sangre. La gravedad de la infección deberá estar evidenciada por dos criterios que deben presentarse de forma concurrente:

- a. Cultivo positivo de sangre, líquido cefalorraquídeo, presencia de absceso intraabdominal, o un foco infeccioso con cultivo positivo que sea el causante de la infección.
- b. Evidencia de fallo multiorgánico, manifestada por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: acidosis metabólica severa; vasoconstricción que requiera la administración de medicación vasopresora; insuficiencia respiratoria con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica; Insuficiencia Renal que requiera tratamiento con diálisis; o coagulación intravascular diseminada que requiera la administración de productos derivados de la sangre.

Tratamiento Dental por Accidente

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar dientes dañados o perdidos en un Accidente cubierto.

Tratamientos Ambulatorios

Tratamientos o servicios médicos que no requieren de una admisión hospitalaria.

Tratamientos Médicos Avanzados

Terapias, técnicas y tecnologías de vanguardia que superan los límites de la medicina tradicional para abordar condiciones de salud complejas y mejorar los resultados en los pacientes. Estos tratamientos a menudo incluyen enfoques innovadores como medicina de precisión, Terapia Genética, inmunoterapia, terapia con Células Madre, nanotecnología y cirugía mínimamente invasiva. Están dirigidos a tratar Enfermedades a nivel molecular, personalizar planes de tratamiento basados en la composición genética individual, aprovechar el sistema inmunológico del cuerpo para combatir el Cáncer y otras

CONDICIONES DE **COBERTURA**

Enfermedades, regenerar tejidos dañados y mejorar la precisión diagnóstica y la eficacia terapéutica. Los Tratamientos Médicos Avanzados representan la vanguardia de la innovación en la atención médica, ofreciendo esperanza a pacientes con condiciones previamente intratables o desafiantes.

Tratamientos Oncológicos

Conjunto de terapias que incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y terapia dirigida, todas orientadas a curar, reducir o prevenir la propagación del Cáncer.

Universidad o Institución Acreditada

Institución educativa que ha sido evaluada y aprobada por el Ministerio de Educación de su país de origen o por un organismo nacional de acreditación reconocido, por cumplir con estándares establecidos de calidad educativa.

Urgencia / Urgente

Condiciones que no ponen en riesgo la vida, pero que requieren atención oportuna dentro de un período razonable, generalmente de veinticuatro (24) a setenta y dos (72) horas, tales como fiebre alta, fracturas menores, infecciones urinarias u otras condiciones agudas. Si no se tratan, podría esperarse que resulten en:

- a. Dolor o malestar significativo;
- b. Deterioro de la salud del Asegurado, o
- c. Complicaciones que puedan conducir a una Emergencia según se define en esta Póliza.

Las consultas médicas de rutina, cuidados preventivos, tratamientos electivos y condiciones que puedan atenderse de forma segura en una fecha posterior no se considerarán una Urgencia bajo esta Póliza.

USD, US\$

Se refiere a la moneda de los Estados Unidos de América.

Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)

Los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) significan el nivel de honorarios típicamente cobrados por un servicio médico, tratamiento o suministro determinado dentro del área geográfica donde se presta el servicio, según lo determine la Aseguradora. UCR refleja los cargos predominantes realizados por Proveedores con formación y experiencia similares por servicios comparables, considerando la naturaleza del procedimiento, la complejidad del caso, las condiciones del mercado local y cualesquiera referencias públicas o privadas relevantes de honorarios.

Dentro de los Estados Unidos, UCR se basa en el monto que típicamente paga la Compañía por un servicio médico, tratamiento o suministro determinado dentro del área geográfica donde se presta el servicio, con base en montos efectivamente pagados y contratos con Proveedores médicos.

Fuera de los Estados Unidos, UCR se establece utilizando datos de costos médicos locales o regionales, tabuladores de honorarios publicados cuando estén disponibles, datos históricos de reclamaciones y referencias internacionales reconocidas de costos, con ajustes por inflación, categoría hospitalaria y tarifas predominantes del mercado.

CONDICIONES DE COBERTURA

MEDICAL
ELITE™ *Pro*

PREMIER
PLUS™ *Pro*

GLOBAL
CARE™ *Pro*

MEDICAL
CARE™ *Pro*

MEDICAL
SELECT™ *Pro*



La Póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, una compañía registrada en Bermudas y, por lo tanto, está sujeta a las leyes y jurisdicción de Bermudas. Los servicios de administración son ofrecidos por Best Doctors Insurance Services, LLC en nombre de Best Doctors Insurance Limited.

La póliza que le provee la cobertura y la aseguradora que emite la póliza no han sido aprobadas por la Oficina de Regulación de Seguros de la Florida (FLOIR por sus siglas en inglés).

Best Doctors Insurance Services, LLC.
5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300
Miami, FL 33126

Número general en EE.UU 1.305.269.2521

Llamada gratuita en EE.UU 1.866.902.7775

Fax 1.800.476.1160

BestDoctorsInsurance.com