

(Vigente a partir del 1 de septiembre de 2008)

GOODHEALTHSM
An Aetna Company

Este **Certificado de Afiliación** ("Certificado") se le envía a **Usted** como evidencia de la aceptación de su **Solicitud de Afiliación** en el Plan Global Healthcare, un plan establecido en una **Póliza** de seguro de salud para grupos ("Póliza") emitida a nombre de Butterfield Trust (Bermuda) Limited en calidad de fiduciario del Fideicomiso Goodhealth, domiciliado en Bermuda y que entrará en vigencia a partir del 1 de septiembre de 2008. Este Certificado, que resume los **Beneficios**, limitaciones y otros términos y condiciones de la **Póliza**, no constituye una **Póliza** de seguro.

Introducción

Usted y cualquiera de **Sus Personas Elegibles**, para quienes se han pagado las primas requeridas, son elegibles para la cobertura en virtud de los términos del Plan, y una vez que se satisfagan todas las condiciones de elegibilidad necesarias, y se entregue y apruebe la **Solicitud de Afiliación**, se considerará que las **Personas Elegibles** tienen derecho a los **Beneficios** indicados en la **Póliza**, sujetos a las limitaciones y exclusiones indicadas en dicha **Póliza**. Su Plan está asegurado por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., quien será el único responsable del pago de todos los **Beneficios** incluidos en la cobertura. El plan está administrado por Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits y las personas y compañías a quienes Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits ha delegado responsabilidades administrativas. Cualquier referencia a **Nosotros** y **Nuestro** en este Certificado significa Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits, a nombre de Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., el **Asegurador** de Su plan, quien se ha identificado en este Certificado como el "**Asegurador**".

La cobertura está sujeta a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas por la **Póliza**. En calidad de Certificado, este documento describe las disposiciones de la **Póliza** pero no constituye la **Póliza** y tampoco la sustituye. En caso de existir un conflicto entre las disposiciones de la **Póliza** y este Certificado, las disposiciones de la **Póliza** tendrán precedencia. **Usted** podrá obtener una copia de la **Póliza** si la solicita. La primera vez que se solicite una copia, le será enviada sin cargo alguno. Para las solicitudes siguientes, se le cobrará a **Usted** por cada copia enviada. Existe una copia de la **Póliza** disponible como referencia en la oficina principal de Butterfield Trust (Bermuda) Limited en Hamilton, Bermuda, durante el horario regular de oficina.

Este Certificado reemplaza y tiene precedencia sobre cualquier Certificado, Términos y Condiciones de la Cobertura o cualquier otro documento de cobertura que se le haya entregado a **Usted** con anteriormente. Este Certificado será asimismo sustituido por cualquier Certificado siguiente que **Usted** reciba.

Cómo utilizar este Certificado

Este Certificado debe leerse y releerse en su totalidad. Muchas de las disposiciones indicadas en este Certificado están interrelacionadas; por lo tanto, **Usted** puede formarse una impresión errónea si lee solamente una o dos disposiciones.

Muchas de las palabras utilizadas en este Certificado tienen un significado especial; estas palabras están escritas con mayúscula y serán definidas para **Usted**. Al usar dichas definiciones, **Usted** tendrá un entendimiento más claro de este Certificado.

Es posible que la **Póliza** y este Certificado sean enmendados de vez en cuando. Cuando esto suceda, se le enviarán a **Usted** un Certificado nuevo o páginas de Enmienda. **Usted** debe mantener este Certificado en un lugar seguro para **Su** futura referencia.

Administración

El **Asegurador** ha delegado la administración de la **Póliza** con respecto a la recaudación de primas y el trámite de las reclamaciones a Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits. Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits puede, a su vez, delegar sus deberes administrativos de manera parcial o total a cualquier tercera parte asignada por Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits, con la excepción de la autoridad para asegurar o decidir si se concede cobertura a toda o una parte de la reclamación y el monto que se ha de pagar por las reclamaciones cubiertas. La autoridad para decidir si se concede cobertura a toda o una parte de la reclamación y el monto que se ha de pagar por las reclamaciones cubiertas es de Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits y será ejercida por dicha entidad en Bermuda. Sin embargo, las reclamaciones serán enviadas a la entidad y el lugar indicados en este Certificado o en cualquier documento adjunto a este Certificado.

Definiciones

Para ayudarle a entender este Certificado, las siguientes palabras y frases que se utilizan en todo este Certificado tienen un significado específico que se define en esta sección. Para que Usted pueda reconocer las palabras y frases que aquí definimos, Nosotros las mostraremos en negrita cada vez que aparezcan en este Certificado.

Accidente:

Un evento exterior, involuntario, imprevisto e inesperado que ocasione lesiones durante la vigencia de este Certificado.

Acto de Terrorismo:

Cualquier acto, que incluya pero no se limite al uso de fuerza o violencia y/o amenaza de usar las mismas por parte de cualquier persona o grupo(s) de personas, independientemente de que trabajen solos o en nombre de o en relación con cualquier organización o gobierno, perpetrado por motivos políticos, religiosos, ideológicos o similares que incluya la intención de influenciar a cualquier gobierno o amedrentar al público o a una parte del mismo.

Agudo:

Una **Condición Médica** breve, con final definido y que **Nosotros**, según las **Instrucciones del Médico**, determinamos que responde a y puede ser curada con un **Tratamiento**.

Anomalía Congénita:

Desarrollo intrauterino de un órgano o estructura que es anormal en cuanto a forma, estructura o posición.

Asegurador:

Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Beneficios:

La cobertura de seguro provista por esta **Póliza** y cualquier extensión o restricción que se indique en el **Desglose de Coberturas** o en cualquier endorso (si corresponde).

Cargos Razonables y Convencionales:

El monto promedio que se cobra en cuanto a los costos del **Tratamiento** o de servicios válidos, como lo determinemos según **Nuestra** experiencia en un país, área o región en particular, y respaldado por una tercera parte independiente, ya sea un **Médico** practicante, un **Médico Especialista** o un Departamento de Salud Gubernamental.

Certificado de Afiliación:

Este documento y **Su Desglose de Coberturas** preparados para **Su Solicitud de Afiliación**.

Clínicamente Necesario:

Todo servicio o **Tratamiento** médico que, en la opinión de un **Médico** calificado, sea apropiado y consecuente con el diagnóstico y que, según las normas médicas generalmente aceptadas, no pueda ser omitido sin afectar de manera adversa la condición de la **Persona Afiliada** o la calidad de los servicios médicos prestados.

Condición Médica:

Toda lesión, enfermedad o dolencia incluyendo problemas psiquiátricos.

Condición Relacionada:

Cualquier **Condición Médica** es una **Condición Relacionada** si **Nosotros**, según **Consejo Médico**, determinamos que una es consecuencia directa de la otra o si cada una es resultado de la misma enfermedad, lesión o dolencia.

Consejo Médico:

Aviso del cuerpo de profesionales relevantes en cuanto al ejercicio médico establecido y/o la opinión médica establecida en relación con cualquier **Condición Médica** o **Tratamiento**.

Convalecencia:

Terapia física, ocupacional o del lenguaje, orientación vocacional, asesoramiento y ejercicios para vivir independientemente, capacitación, actividades educacionales y otros servicios que se prestan a la **Persona Afiliada** después de una **Condición Médica** elegible, para ayudar hasta tanto sea posible a la **Persona Afiliada** a readaptarse a la vida en comunidad y/o reintegrarle el estado de salud que disfrutaba antes de la ocurrencia de dicha **Condición Médica**.

Coseguro:

El porcentaje del valor total de los gastos incurridos por los que la **Persona Afiliada** es responsable por cada **Condición Médica** y para cada **Período de Cobertura**.

Crónico:

Cualquier **Condición Médica** o **Condición Relacionada** de larga duración sin final definido o una que **Nosotros**, según **Instrucciones del Médico**, determinemos que no tiene cura con un **Tratamiento**.

Cuidado de Hospicio:

Tratamiento Paliativo y cuidados de apoyo brindados a los pacientes a quienes el **Médico** o el **Médico Especialista** les han diagnosticado una **Enfermedad Terminal**.

Cuidados de Salud en Casa:

El **Tratamiento** que se administra en el hogar de la **Persona Afiliada**.

Deducible:

El monto que paga la **Persona Afiliada** en cuanto a los gastos incurridos en concepto de **Tratamiento** antes de que se pague algún **Beneficio** según los términos de este Certificado para cada **Período de Cobertura**.

Dentista:

Una persona que cuente con autorización de las autoridades relevantes para practicar la ortodoncia en el país donde se brinda el **Tratamiento** dental.

Desglose de Coberturas:

El desglose que indica los detalles de las **Personas Afiliadas** elegibles para recibir cobertura, los **Beneficios** aplicables y cualquier extensión, restricción o endosos aplicables.

Dispositivos:

Los aparatos y equipos que se utilizan como parte integral de un procedimiento quirúrgico que están bajo la administración de un **Médico** o un **Médico Especialista**.

Emergencia:

Cualquier **Condición** o enfermedad repentina, **Aguda**, inesperada e impredecible que ocasione síntomas agudos que requieran asistencia médica inmediata y que amenace la vida, salud o bienestar físico de la persona.

Enfermedad Terminal:

Un pronóstico médico que indique seis meses de vida o menos.

Enfermero Calificado:

Un enfermero residente o diario calificado y licenciado cuyo nombre se encuentre en el registro o nómina de enfermeros que mantenga cualquier cuerpo legal de registros en el país donde reside.

Evacuación:

Los costos incurridos en trasladar una **Persona Afiliada** desde el lugar del incidente hasta la **Institución Médica** apropiada más cercana, según lo determinen el **Médico** tratante y **Nuestros** asesores médicos en caso de **Emergencia**. Todos los boletos de avión serán limitados a clase turista.

Fecha de Comienzo:

La fecha que el **Desglose de Coberturas** indica que comienza la cobertura según la **Póliza**. Según la **Póliza**, la cobertura comienza a partir de las 00:01 a.m. en la fecha indicada en el **Desglose de Coberturas**.

Fecha de Entrada:

La fecha que aparece en el **Desglose de Coberturas** en la que la **Persona Afiliada** fue incluida por primera vez según este **Certificado**.

Fecha de Renovación:

El aniversario anual de la **Fecha de Comienzo**.

Fisioterapeuta:

Toda persona con certificado de **Fisioterapeuta** y con la autorización para ejercer en el país en donde se administra el **Tratamiento**.

Hereditario:

Transmitido de padres a hijos, heredado y que muestra síntomas al nacer.

Hospedaje y Alimentación:

Todo recargo cobrado por una **Institución Médica** por brindar una habitación, una cama y otros servicios necesarios según la tarifa privada estándar diaria o semanal.

Hospicio:

Toda **Institución Médica** que brinde **Cuidados de Hospicio a Pacientes Internos** que sufran una **Enfermedad Terminal**.

Hospital:

Establecimiento que cuenta con la autorización legal de **Hospital** médico o quirúrgico según las leyes del país en el que se encuentre ubicado.

Institución de Convalecencia:

Una institución autorizada para brindar cuidados de **Enfermero Calificado** durante 24 horas y sujeto a recargo, bajo la supervisión a tiempo completo de un **Médico**, y servicios de restauración física para ayudar a los pacientes a lograr el auto cuidado durante las actividades diarias de la vida. Esto no se extiende a ninguna institución que brinde cuidados a largo plazo para los ancianos, cuidados de supervisión o educación para el cuidado de los trastornos mentales.

Institución Médica:

Todo **Hospital**, **Hospicio** o **Institución de Convalecencia** que:

- Brinde cuidados de enfermería las 24 horas de parte de **Enfermeros Calificados**.
- Se encuentre bajo la supervisión de un **Médico** todo el tiempo.
- Cuente con al menos un **Médico** de guardia en todo momento.
- Mantenga una historia clínica completa de cada paciente.
- Cuente con un administrador a tiempo completo.
- Cumpla cualquier norma de calificación o certificación del país donde se encuentra.
- Cobre una cuota.

Instrucción:

Cualquier consulta con un **Médico** o **Médico Especialista** que incluya prescripciones de **Medicamentos y Apósitos** o prescripciones repetidas.

Lesión Corporal:

Una lesión provocada únicamente por un **Accidente** y que ocasione desmembramiento, discapacidad o cualquier otra lesión externa a la **Persona Afiliada**.

Medicamentos y Apósitos:

Medicamentos, medicinas y apósitos esenciales prescritos por un **Médico** o **Médico Especialista** y que no están disponible sin receta médica.

Médico:

Toda persona que haya obtenido un título primario en medicina o cirugía al asistir a una escuela de medicina reconocida por la Organización Mundial de la Salud y que cuente con la aprobación de las autoridades relevantes para ejercer la medicina en el país donde se administre el **Tratamiento**.

Médico Especialista:

Todo **Médico** certificado que:

- Mantenga actualmente una consulta considerable por citas en su especialidad en una **Institución Médica**.
- Mantenga actualmente una consulta considerable por citas que, basándonos en **Consejo Médico** o profesional, **Nosotros** aceptemos que tenga una condición profesional equivalente, o
- que sea reconocido como tal por los cuerpos legales del país en cuestión.

Médico Psiquiatra:

Todo **Médico** que se especialice en psiquiatría o cuya capacitación o experiencia sean reconocidas en el país donde reside para realizar la evaluación y **Tratamiento** requeridos para una enfermedad psiquiátrica.

Nosotros/Nuestro:

Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits.

Paciente de Día:

Tratamiento en una **Institución Médica** donde el paciente recibe una cama pero no se queda hasta el día siguiente.

Paciente Interno:

Toda **Persona Afiliada** que sea admitida a una **Institución Médica** durante una o más noches con el único objetivo de recibir **Tratamiento**.

País de Nacionalidad:

Para los propósitos de esta **Póliza**, éste será el país que emitió el pasaporte de las **Personas Afiliadas**.

País de Residencia:

El país donde la **Persona Afiliada** reside habitualmente (donde reside durante no menos de seis meses por **Período de Cobertura**) en el momento en que se emita por primera vez este **Certificado de Afiliación** o en cada una de las **Fechas de Renovación** siguientes.

Período de Cobertura:

El **Período de Cobertura** indicado en el **Desglose de Coberturas**. Es el período de doce meses a partir de la **Fecha de Comienzo** o cualquier **Fecha de Renovación** subsiguiente.

Persona Afiliada:

Usted y/o las **Personas Elegibles** identificadas en el **Desglose de Cobertura** como "Persona Afiliada".

Persona Elegible:

Toda persona que cumpla los requisitos de la inscripción. Una **Persona Elegible** puede ser **Su** cónyuge o un(a) **compañero(a)** adulto, o **Sus** hijos solteros menores de 18 años y que vivan con **Usted**, o **Sus** hijos solteros menores de 23 años si estudian a tiempo completo en la **Fecha de Entrada** o en cualquier **Fecha de Renovación** subsiguiente. Los niños menores de 18 años que no vivan con **Usted** serán aceptados en la cobertura siempre y cuando la solicitud sea firmada por un padre legal o guardián. (El término "compañero/a" será interpretado como el esposo, la esposa o la persona que vive permanentemente con **Usted** (independientemente de que sea del mismo sexo) en una relación similar). Todas las **Personas Elegibles** deberán ser nombradas **Personas Afiliadas** en el **Desglose de Cobertura**.

Póliza:

Nuestro contrato de seguro con **Usted** que brinda la cobertura que se detalla en este **Certificado de Afiliación**. El formulario de solicitud y el **Desglose de la Cobertura** forman parte del contrato y deben leerse en conjunto con la **Póliza**.

Prótesis:

Toda parte artificial del cuerpo. Según esta **Póliza**, la definición de **Prótesis** se limita a una extremidad u ojo artificial.

Proveedor de Cuidados de Salud en Casa:

Un trabajador de la salud con suficiente capacitación y calificaciones como para cumplir cualquier norma relevante dentro del país donde se administre el **Tratamiento** y que brinde cuidados de enfermería básicos. En los Estados Unidos de América, dichos trabajadores de la salud deben tener calificación de **Enfermero Práctico Registrado (LPN)** o de **Enfermero Registrado (RN)**.

Proveedor Preferido de Cuidados:

Todo proveedor de servicios de salud que ha acordado suministrar servicios según una cuota previamente acordada y que esté incluido en **Nuestro** directorio de **Instituciones Médicas** bajo el nombre de **Proveedor Preferido de Cuidados**. **Usted** tiene derecho a pedirnos la lista de los **Proveedores Preferidos de Cuidados**.

Solicitud de Afiliación:

El formulario completado y firmado por **Usted** y enviado a **Nosotros** para la consideración y aprobación de **Su** afiliación y la afiliación de otras **Personas Elegibles** indicadas en la **Solicitud de Afiliación**.

Tratamiento:

Procedimiento quirúrgico, médico o de otra naturaleza cuyo único objetivo es la curación o alivio de una **Condición Médica**.

Tratamiento de Pacientes Externos:

Tratamiento de toda **Persona Afiliada** de parte de un **Médico** o un **Médico Especialista** siempre que la **Persona Afiliada** no sea confinada a una cama en la **Institución Médica**.

Tratamiento Paliativo:

Todo **Tratamiento** que se administre por **Consejo Médico** con el objetivo de aliviar síntomas y que no se administra para curar la **Condición Médica** que ocasiona dichos síntomas.

Usted/Su:

La persona identificada en el **Desglose de Coberturas** como la **Persona Afiliada** que solicitó afiliación en la **Póliza**.

Beneficios

El Asegurador brindará cobertura de seguro según los términos de la Póliza, con respecto a una **Condición Médica** (incluso aquella ocasionada por un **Accidente**) que se manifieste por primera vez durante el **Período de Cobertura**.

La Póliza brinda cobertura para los gastos médicos relacionados con el seguro solamente y no constituye seguro para la enfermedad o lesión en sí. No se pagará ningún **Beneficio** en concepto de gastos médicos anteriores a la **Fecha de Entrada**, posteriores a la expiración del **Período de Cobertura** o después que haya terminado la cobertura, aunque los gastos hayan sido incurridos como consecuencia de un **Accidente** o **Condición Médica** que ocurrió, comenzó o existía durante el **Período de Cobertura**.

Los siguientes **Beneficios** están incluidos en la cobertura hasta un límite de US\$1 000 000 por cada **Persona Afiliada** por **Período de Cobertura** sujeto a los límites específicos indicados para cada **Beneficio** y sujetos al pago de todos los **Coseguros** y **Deducible(s)** como se indica en la sección titulada "Límites de la Cobertura" en este **Certificado** y/o como se indica en **Su Desglose de Coberturas**. Todos los **Beneficios** están sujetos a que todos los gastos médicos incluidos en la cobertura no excedan los **Cargos Razonables y Convencionales**.

1. Honorarios de Médico y Médico especialista:

- Honorarios de **Médico** y **Médico Especialista** incluyendo las consultas.
- Procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, incluyendo patologías, radiografías, imágenes de resonancia magnética y tomografías axiales computarizadas.
- Honorarios de anestesista.
- Fisioterapia por remitado de un **Médico Especialista** a un **Fisioterapeuta**. Deberá presentarse una carta de remisión de un **Médico Especialista** la primera vez que se reclame dicho **Tratamiento**. Los **Beneficios** serán restringidos a 10 sesiones sin informe escrito. Luego de este tiempo, deberá emitirse un informe por escrito que Nos será enviado para ser revisado por el **Médico Especialista** antes de continuar el **Tratamiento**. Cualquier **Beneficio** para un **Tratamiento** de más de 10 sesiones será emitido únicamente a discreción Nuestra.
- Tratamiento** administrado por quiroprácticos, osteópatas, homeópatas y acupunturistas licenciados bajo el control directo de, y por remitado del **Médico Especialista**. Este **Tratamiento** está limitado a 10 sesiones por agregado por **Condición Médica**. Deberá presentarse una carta de remisión de un **Médico Especialista** la primera vez que se reclame dicho **Tratamiento**.

2. Cargos de Institución Médica y Cuidados de Salud en el Hogar:

- Cargos de Hospital:
 - Recargo de salón de operaciones y otros cargos incurridos en concepto del **Tratamiento** de una **Condición Médica**.
 - Costos de Alojamiento y Alimentación, limitados a la tarifa estándar de habitación privada y los cargos asociados, que incluyen el ingreso a la unidad de cuidados intensivos y cuidados de enfermería de parte de un **Enfermero Calificado**.
 - Cargos por servicio y suministro aplicables como se indica en la sección 2(a)(i) y (ii) anteriores para el **Tratamiento** de **Pacientes de Día** y **Pacientes Externos**.
- Cargos de Institución de Convalecencia:

El ingreso a la **Institución de Convalecencia** debe seguir al **Tratamiento** de una **Condición Médica** donde la **Persona Afiliada** fue confinada a un **Hospital** en calidad de **Paciente Interno** durante al menos tres días consecutivos, y donde el **Médico** confirme por escrito que se requiere **Convalecencia**. El ingreso a una **Institución de Convalecencia** debe ocurrir antes de los 14 días del alta hospitalaria.

Dicho **Tratamiento** incluye:

 - El uso de salones especiales de **Tratamiento**.
 - Recargos por terapia física, ocupacional o del lenguaje.
 - Otros servicios que por regla general se prestan en las Instalaciones de **Convalecencia**, incluyendo cuidados de parte de **Enfermeros Calificados** pero que no incluyen cuidados de enfermería privados o especiales o los servicios de un **Médico Especialista**. Los **Beneficios** están limitados a 30 días por cada **Condición Médica** o **Condición Relacionada**.

c) Cargos por Cuidados de Salud en el Hogar:

El **Tratamiento** que se administra en el hogar de la **Persona Afiliada**. Dicho **Tratamiento** incluye:

- Cuidados intermitentes o a tiempo parcial de parte de un **Enfermero Calificado**.
- Servicios intermitentes o a tiempo parcial de parte de un **Proveedor de Cuidados de Salud** en el Hogar.
- Servicios de Laboratorio.

Los **Beneficios** en concepto de los Cuidados de Salud en el Hogar están limitados a 30 visitas. Cada visita de un **Enfermero Calificado** o un **Proveedor de Cuidados de Salud** en el Hogar de hasta 4 horas de duración se considera una visita. Cada visita de más de cuatro horas de duración será considerada como dos o más visitas; ya que se supone que cada visita incluye cuatro horas de servicios prestados. Todos los **Tratamientos** que se realicen en virtud de este **Beneficio** son condicionales y dependen de Nuestra precertificación. Sin el consentimiento por escrito **Nuestro** antes del **Tratamiento**, el **Asegurador** no será responsable de pagar ningún **Beneficio**.

d) Cargos por Cuidados de Hospicio:

El **Tratamiento** brindado en un **Hospicio** para el cuidado de una **Persona Afiliada** que padezca una **Enfermedad Terminal**. Dicho **Tratamiento** incluye:

- Tratamiento Paliativo** y control de síntomas **Agudos** y **Crónicos**.
- Servicios médicos sociales bajo la dirección de un **Médico** o **Médico Especialista**.
- Asesoría fisiológica y nutricional.
- Servicios de consulta o gestión de casos de parte de un **Médico** o un **Médico Especialista**.
- Servicio intermitente o a tiempo parcial para un **Paciente Externo** de parte de un proveedor de cuidados de salud en el hogar de hasta 8 horas en un día.

Los **Beneficios** se limitan a un período de 30 días para **Tratamiento** a **Pacientes Internos** y a un máximo de hasta US\$5 000 para **Tratamiento** de **Pacientes Externos**.

e) Cargos generales aplicables a todas las Instituciones Médicas:

- Costos de **Hospedaje** y **Alimentación**, limitados a la tarifa estándar de habitación privada y cargos asociados.
- Medicamentos** y **Apósitos**
- Radiografías de diagnóstico y exámenes de laboratorio
- Anestesia
- Terapia de oxígeno y gas.

3. Medicamentos y Apósitos:

Limitada a US\$2 000 por **Persona Afiliada** por **Período de Cobertura** para cualquier medicamento y Apósito recetado para **Tratamiento** de **Pacientes Externos**.

(Nota: Este límite no se aplica al **Beneficio** 6 para el SIDA).

4. Cirugía Reconstructiva:

Cirugía reconstructiva luego de un **Accidente** o luego de una cirugía de una **Condición Médica** elegible, siempre que dicha cirugía se lleve a cabo en un ambiente clínicamente adecuado luego de que ocurra el **Accidente** o la cirugía. En todo caso, la cirugía debe llevarse a cabo en menos de 365 días de la ocurrencia del **Accidente** o **Condición Médica** siempre que la cobertura de la Póliza se mantenga durante dicho período.

5. **Enfermedad Psiquiátrica:**
- Tratamiento de Paciente Externo**, incluyendo consultas de Médico Psiquiatra y Médico Especialista.
 - Tratamiento de Paciente Interno**, en una unidad psiquiátrica reconocida del Hospital, limitado a 28 días por Período de Cobertura.
- Todos los Tratamientos en virtud de este Beneficio son condicionales luego de precertificación de parte de Nosotros y en todo momento deben ser administrados bajo el control directo de un Médico Psiquiatra Certificado. Sin Nuestra confirmación por escrito con anterioridad a dicho Tratamiento, el Asegurador no será responsable de pagar ningún Beneficio. Sin embargo, la consulta inicial con un Médico (no un Médico Psiquiatra) que genere un remito psiquiátrico está incluida en la cobertura sin necesidad de precertificación.
6. **SIDA:**
- Los gastos médicos que surjan a consecuencia de, o estén relacionados de alguna manera con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o enfermedades relacionadas con el VIH, incluyendo el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado con el SIDA (ARC) y/o cualquier mutación derivativa o variaciones de los mismos. Los gastos se limitan a las consultas antes y después del diagnóstico, chequeos rutinarios de la enfermedad, Medicamentos y Apósitos (excepto aquellos experimentales o no probados), Hospedaje y Alimentación y honorarios de Enfermero Calificado. El Beneficio provisto con respecto al SIDA no incluye una Condición Médica Aguda y únicamente se brinda como extensión de la cobertura en el caso del SIDA. Limitado a US\$40 000 en el período de vida de la Persona Afiliada y siempre que se mantenga la cobertura de la Póliza durante dicho período.
7. **Daño Accidental a los Dientes:**
- Tratamiento recibido en una Unidad de Emergencia de un Hospital hasta siete días después de haber sufrido daños accidentales a dientes sanos y naturales, que estaban firmemente fijados en la mandíbula al momento de la lesión, cuando lo administra un Médico o Dentista.
- La cobertura se limita a:
- la primera prótesis dental o puente fijo que reemplace los dientes perdidos.
 - La primera corona necesaria para reparar cada uno de los dientes dañados.
8. **Condiciones Crónicas:**
- La cobertura de este Certificado incluye las gestiones de rutina relacionadas con una Condición Médica Crónica.
- Los gastos se limitan a chequeos rutinarios asociados con la Condición Crónica, honorarios Médicos, Medicamentos y Apósitos recetados para la gestión de la Condición (limitado a US\$2 000 al año en total del Beneficio 3), cuidados de enfermería, cirugía y Tratamiento Paliativo. La cobertura está restringida a Condiciones Médicas nuevas que no se hayan padecido con anterioridad, que hayan sido diagnosticadas o no, y que ocurran después de la Fecha de Entrada de este Certificado.
9. **Cobertura de Maternidad:**
- Costos asociados con el embarazo y el parto y cualquier Condición Relacionada en que se incurran después de transcurridos los primeros 12 meses después de la fecha de adquisición de este Beneficio o la Fecha de Entrada, o la que ocurra más tarde. Los Beneficios están limitados al parto, chequeos antes y después del parto y costos del parto, incluyendo los costos de una cesárea Clínicamente Necesaria. Todos los costos relacionados con el embarazo y el parto luego de una concepción asistida se limitarán a este Beneficio. Los Beneficios se limitan a US\$5 000 para cada embarazo o a un límite de US\$9 500 por cada cesárea Clínicamente Necesaria. Este Beneficio está disponible a todas las Personas Afiliadas mayores de 18 años. El Coseguro aplicable para este Beneficio es 20% y no está sujeto a los límites máximos de Coseguro de la Póliza.
10. **Complicaciones del Embarazo:**
- Tratamiento de una Condición Médica que surja durante la etapa prenatal del embarazo, o una Condición Médica que surja durante el parto y requiera un procedimiento obstétrico reconocido (excluye cesáreas Clínicamente Necesarias). Este Beneficio no está disponible durante los primeros 12 meses de la adquisición de este Beneficio o la Fecha de Entrada, o lo que ocurra más tarde.
11. **Cuidado al Recién nacido:**
- Tratamiento para un Paciente Interno a causa de una Condición Médica que padece un bebé recién nacido que haya nacido de una maternidad incluida en la cobertura, que muestre los síntomas al nacer o cuyos síntomas se originen en el nacimiento. La cobertura está limitada a US\$250 000 durante el período de vida para todas y cada una de las Condiciones según este Beneficio.
12. **Alojamiento de los Padres:**
- Alojamiento y Alimentación para los Padres o Guardianes Legales que permanezcan con una Persona Afiliada menor de 18 años ingresada en un Hospital.
13. **Terapia de Reemplazo de Hormonas:**
- Consultas del Médico o Médico Especialista y el costo de los implantes, parches o tabletas prescritas siempre que el Tratamiento se administre únicamente en caso de un desequilibrio hormonal. Se proporciona cobertura para menopausia femenina artificialmente inducida y/o temprana (con "temprana" queremos decir antes de los 40 años). La cobertura no se extiende al Tratamiento de un desequilibrio hormonal ocasionado por menopausia natural.
14. **Alojamiento del Recién nacido:**
- Costos de Alojamiento en el Hospital relacionados con un bebé recién nacido que acompañe a su madre (Siempre que ésta sea una Persona Afiliada) mientras ella recibe Tratamiento como Paciente Interno en un Hospital.
15. **Transporte de Emergencia:**
- Costos de transporte hacia y desde un Hospital mediante el método de transporte más apropiado (que incluye ambulancia aérea licenciada pero excluye todos los demás tipos de transporte aéreo) en caso de Emergencia si el Médico o el Médico especialista lo consideran Clínicamente Necesario. Los costos de ambulancia aérea que no haya sido precertificada por Nosotros, se limitan a US\$2 000 por incidente.
16. **Evacuación:**
- Los costos de Evacuación de una Persona Afiliada en caso de que el Tratamiento de Emergencia no esté disponible de inmediato en el lugar del incidente hasta la Institución Médica más apropiada con el objetivo de ser ingresado a una Institución Médica en calidad de Paciente Interno o Paciente de Día (que excluye los costos de maternidad y parto normales, pero incluye el Beneficio 10 – Complicaciones del Embarazo). La Evacuación está sujeta a precertificación de parte Nuestra con anterioridad al viaje e Instrucciones certificadas del Médico tratante o el Médico Especialista, que incluyen la confirmación de que el Tratamiento necesario no está disponible en el lugar del incidente. Se extiende para cubrir los costos de un acompañante para la Persona Afiliada, si es Clínicamente Necesario. Nuestros asesores médicos decidirán el método más apropiado de transporte para la Evacuación y la Institución Médica más apropiada a la que se evacuará la Persona Afiliada.
17. **Gastos de viaje adicionales después de la Evacuación:**
- Costos de viaje:
- Desde y hasta las citas médicas cuando se recibe Tratamiento como Paciente de Día hasta un límite diario de US\$25.00.
 - Para un acompañante que viaje desde y hasta el Hospital a visitar a la Persona Afiliada luego de que sea ingresada como Paciente Interno hasta un límite diario de US\$25.00.
 - Hasta US\$50.00 diarios por persona en caso de alojamiento no hospitalario solamente en los períodos antes y después del ingreso siempre que la Persona Afiliada se encuentre bajo los cuidados de un Médico Especialista. Los boletos de avión de clase turista para el regreso de la Persona Afiliada y su acompañante hasta el País de Residencia o al país donde se efectuó la Evacuación. Todos los costos adicionales de viaje según esta sección se limitan a US\$10 000 por Evacuación.
18. **Restos Mortales:**
- En caso de fallecer debido a una Condición Médica elegible:
- Los costos del transporte del cuerpo o las cenizas de una Persona Afiliada hasta su país de ciudadanía o País de Residencia, o;
 - Los costos del entierro o la cremación en el lugar donde ocurrió el fallecimiento de acuerdo con las tradiciones razonables y convencionales. Este Beneficio está limitado a US\$10 000 por cada Persona Afiliada.
19. **Prótesis Externas:**
- El costo de cualquier ojo o extremidad artificial después del Tratamiento de una Condición Médica elegible o como consecuencia de un Accidente. La cobertura se limita al Beneficio de US\$5 000 durante el período de vida de la Persona Afiliada.
20. **Beneficio de Bienestar:**
- El Beneficio se paga hasta un límite anual de US\$250 sujeto a los sublímites que se indican más adelante para cada Persona Afiliada. Este Beneficio no está disponible durante los primeros 12 meses de la fecha de adquisición de este Beneficio o de la Fecha de Entrada, o lo que ocurra más tarde. Chequeos de bienestar para mujeres y hombres de hasta US\$150 por chequeo. Chequeos de bienestar para niños de hasta US\$50 por chequeo. Vacunas hasta el límite de los Cargos Razonables y Convencionales.

Exclusiones

Esta Póliza no cubre los gastos que surjan a consecuencia de:

1. Ninguna **Condición Médica** o **Condición Relacionada** para la que la **Persona Afiliada** haya recibido **Tratamiento**, presentara síntomas o pidiera una opinión con anterioridad a la **Fecha de Entrada** de la **Persona Afiliada** (**Condición Médica Preexistente**), a menos que se haya declarado como un hecho material al momento de la solicitud y que **Nosotros** la aceptáramos mediante un documento por escrito.
2. Cualquier **Condición Médica** que surja durante los primeros 90 días a partir de la **Fecha de Entrada**, si dicha **Condición Médica** no es consecuencia de un **Accidente** o una enfermedad infecciosa.
3. Tratamientos que **Nosotros** determinemos por **Opinión Médica** que son experimentales o no probados.
4. **Tratamiento** de sustento **Crónico** de insuficiencia renal, incluyendo diálisis. Sin embargo, **Nosotros** asumiremos los costos de una diálisis renal si ocurre:
 - a) Inmediatamente antes y después de una cirugía
 - b) En relación con una insuficiencia secundaria **Aguda** cuando la diálisis forma parte de los cuidados intensivos.
5. No se brindará cobertura alguna según los términos de la **Póliza** cuando el **Tratamiento** u **Opinión** de cualquier **Condición Médica**, relacionada o no, sea el resultado de una autoterapia (auto administrado) o cuando dicho **Tratamiento** u **Opinión** hayan sido administrados por un pariente que incluye pero no se limita a, cónyuges, compañero/a, padres, abuelos, hijos o tutores.
6. Lesiones al nacer, **Anomalías Congénitas**, deformidades genéticas o **Condiciones Médicas Hereditarias** cuyos síntomas estaban presentes antes de la **Fecha de Entrada**. La cobertura incluye cuidados al recién nacido según el **Beneficio 11** de este Certificado, hasta un máximo de US\$250 000.
7. Exámenes físicos rutinarios realizados por un **Médico**, que incluyen investigaciones ginecológicas, análisis rutinarios, cuidados neonatales al recién nacido, inoculaciones, vacunaciones (excepto el **Beneficio 20**, **Beneficio** de Bienestar) y medicina preventiva, exámenes normales de la vista, exámenes normales de la audición, defectos degenerativos naturales (no médicos) de los ojos, que incluyen pero no se limitan a miopía, presbicia y astigmatismo, y cualquier cirugía correctiva de defectos auditivos naturales (no médicos).
8. La **Convalecencia** a que forme parte integral del **Tratamiento** recibido como **Paciente Interno** y bajo el control o supervisión de un **Médico Especialista** y que se lleve a cabo en una Instalación de **Convalecencia** reconocida o como parte de los Cuidados de Salud en el Hogar.
9. El **Tratamiento** recibido en balnearios medicinales, clínicas naturales, centros de estética o establecimientos similares o en camas privadas registradas como Instalaciones Médicas o Hogar de Cuidados anexas a dichos establecimientos, o una Instalación **Médica** que se haya convertido en el hogar o residencia permanente de la **Persona Afiliada** o donde se arregle el ingreso total o parcialmente por razones domésticas o sociales.
10. **Tratamiento** Cosmético o cualquiera de sus consecuencias y/o **Tratamiento** para bajar de peso o por problemas de peso independientemente o no de que tenga objetivos psicológicos, y cualquier costo de **Tratamiento** asociado que sea consecuencia de una cirugía cosmética o que surja de un trastorno de la alimentación o problema de peso.
11. La medicina alternativa, que incluye pero no se limita a, quiropedistas, optometristas, asesores de lactancia y podiatras. La cobertura solamente incluye quiroprácticos, osteópatas, homeópatas y acupunturistas, como se indica en el **Beneficio 1(e)** de este Certificado.
12. Los costos incurridos en conexión con la ubicación de un órgano de reemplazo o cualquier costo incurrido en la retirada del órgano del cuerpo del donante, costos de transporte del mismo y todos los costos administrativos asociados.
13. Cualquier segunda opinión médica o subsiguiente de parte de un **Médico** o **Médico Especialista** para la misma **Condición Médica** a menos que **Nosotros** la autoricemos por escrito.
14. Costos de cesárea voluntaria.
15. Terminación del embarazo por razones que no sean médicas, lecciones prenatales, costos de comadrona que no estén asociados con el parto o una **Condición Médica** reconocida, y los costos asociados a la amniocentesis (o un procedimiento similar o asociado).
16. Cualquier gasto por embarazo o complicación del embarazo incurridas durante los primeros 12 meses después de la adquisición de este **Beneficio** o la **Fecha de Entrada**, lo que ocurra por último.
17. Cualquier costo de embarazo relacionado con hijos solteros menores de 18 años que califiquen como **Personas Afiliadas**.
18. El **Tratamiento** que surja como consecuencia directa o indirecta de, o necesario en relación con, controles de natalidad femeninos y masculinos, infertilidad, anticonceptivos, esterilizaciones (o el proceso inverso) y cualquier forma de reproducción asistida o cualquier complicación del embarazo como consecuencia de un embarazo asistido o **Tratamiento** de infertilidad.
19. El **Tratamiento** de la impotencia o cualquier **Condición Relacionada** o cualquiera de sus consecuencias.
20. El **Tratamiento** directa o indirectamente asociado con un cambio de sexo y sus consecuencias.
21. Las enfermedades venéreas o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual o **Condición Relacionada** que no sea VIH/SIDA como se indica en el **Beneficio 6** de este Certificado.
22. Cirugía correctiva de defectos visuales que no sean consecuencia de un **Accidente**.
23. **Tratamiento** dental rutinario o restaurador, independientemente de que sea realizado por un **Médico**, un **Médico Especialista** o un **Dentista** o un cirujano oral y maxilofacial.
24. **Tratamiento** de ortodoncia, gingivitis y periodontitis o cualquier **Condición Relacionada**.
25. Los costos de psicoterapeuta, psicólogo, terapeuta familiar o consejero para tiempos de luto.
26. **Tratamiento** para dificultades de aprendizaje en niños, hiperactividad, trastornos de la atención, terapia del lenguaje (excepto como se especifica en el **Beneficio 2(b)** de la **Póliza**), problemas del desarrollo y el comportamiento.

27. **Tratamiento** por alcoholismo, drogadicción o abuso de otras sustancias o cualquier **Condición** adictiva de cualquier tipo o cualquier lesión o enfermedad que surja como consecuencia directa o indirecta de dicho abuso o adicción.
 28. Suicidio o intento de suicidio, una **Lesión Corporal** auto inflingida o una enfermedad o lesión sufrida como consecuencia directa o indirecta de que la **Persona Afiliada** cometa un delito penal.
 29. Costos de viaje y alojamiento a menos que **Nosotros** los indiquemos específicamente por escrito antes del viaje. No se pagarán costos de viaje y alojamiento si el **Tratamiento** se administra a un **Paciente Externo**.
 30. Costos y gastos incurridos cuando la **Persona Afiliada** viaja en contra de la opinión médica.
 31. Los costos de un practicante religioso en lo que respecta al **Beneficio 18** de la cobertura.
 32. El **Tratamiento** y gastos relacionados directa o indirectamente con, a necesarios debido a: guerras, invasiones, actos hostiles de enemigos extranjeros (independientemente de que se declare una guerra o no), guerras civiles, rebeliones, revoluciones, insurrecciones o usurpaciones militares del poder, motines, disturbios, huelgas, gobiernos militares o estados de sitio o intento de golpe de estado o cualquier **Acto de Terrorismo**, a menos que la **Persona Afiliada** sufra **Lesiones Corporales** por ser un transeúnte inocente en el momento del **Acto de Terrorismo** y solamente hasta un monto máximo de US\$50 000 por **Persona Afiliada** por incidente.
 33. Independientemente de cualquier cláusula (o cláusulas) auxiliar(es), este seguro no incluye el **Tratamiento** de una **Condición Médica** que sea ocasionada por un **Acto de Terrorismo** que involucre el uso o la amenaza de uso de un arma nuclear o dispositivo o agente biológico o químico.
- Si **Nosotros** alegamos que por motivo de esta exclusión no se incluirá en el seguro alguna reclamación, la responsabilidad de demostrar lo contrario recaerá sobre **Usted**.
 34. El **Tratamiento** que surja como consecuencia directa o indirecta o que sea necesario para tratar una contaminación química o radiactiva de cualquier tipo de material nuclear o de la combustión de combustibles nucleares, asbestos o cualquier **Condición Relacionada**.
 35. El **Tratamiento** recibido con relación al insomnio, trastornos del sueño, apnea del sueño, fatiga, desajuste del reloj biológico (jet lag), ansiedad relacionada con el trabajo o cualquier **Condición Relacionada**.
 36. Suplementos y sustancias dietéticas disponibles en la naturaleza, que incluyen pero no se limitan a vitaminas, minerales y sustancias orgánicas.
 37. El **Tratamiento** necesario como consecuencia de una negligencia médica.
 38. Visitas del **Médico, Médico Especialista o Enfermero Calificado** al hogar a menos que **Nosotros** lo aceptemos específicamente por escrito antes de la visita.
 39. Cualquier **Tratamiento** no recetado, recomendado o aprobado por el **Médico tratante o Médico Especialista** de la **Persona Afiliada**.
 40. Los costos de un **Tratamiento** que la **Persona Afiliada** no esté legalmente obligada a pagar.
 41. Los costos que **Nosotros** consideremos se dedican a cuidados asistenciales.
 42. Cualquier **Tratamiento** para trastornos mentales de cualquier tipo (incluye el Síndrome Cerebral Crónico) aparte de los que se incluyen en el **Beneficio 5** de este Certificado.

Límites de la cobertura

1. **Deducibles**
El **Desglose de Coberturas** le mostrará el monto del **Coseguro** y **Deducible** que la **Persona Afiliada** está obligada a pagar antes de recibir cualquier **Beneficio** según los términos de esta **Póliza**. No se aplicará ningún **Coseguro** para el pago de un **Deducible**.
 - a) **Deducible por cuidado Preferido (que incluye el Tratamiento fuera de los Estados Unidos de América):**
Los costos de los **Tratamientos** elegibles recibidos fuera de los Estados Unidos de América y cualquier **Tratamiento** elegible administrado por un **Proveedor Preferido de Cuidados** dentro de los Estados Unidos de América será considerado como gastos adecuadamente incurridos para el propósito del **Deducible**. La **Persona Afiliada** tendrá que pagar el costo de este **Tratamiento** hasta el límite del monto indicado como el **Deducible** del Cuidado Preferido. Cuando el costo del **Tratamiento** de la **Persona Afiliada** sobrepase el monto del **Deducible** de Cuidado Preferido, la **Póliza** comenzará a pagar **Beneficios** para los **Tratamientos** elegibles fuera de los Estados Unidos y de los **Tratamientos** elegibles administrados por **Proveedor Preferido de Cuidados** dentro de los Estados Unidos.
 - b) **Deducible de Cuidados No Preferidos:**
Únicamente los costos de los **Tratamientos** elegibles dentro de los Estados Unidos administrados por un **Proveedor de Cuidados No Preferidos** serán considerados gastos adecuadamente incurridos para el propósito del **Deducible** de Cuidados No Preferidos. **Usted** tendrá que pagar los costos de este **Tratamiento** hasta el límite indicado como **Deducible** de Cuidados No Preferidos. Cuando el costo de **Su Tratamiento** sobrepase el monto del **Deducible** de Cuidado No Preferido, la **Póliza** comenzará a pagar **Beneficios** para los **Tratamientos** elegibles administrados por **Proveedores de Cuidados No Preferidos** en los Estados Unidos. Cada **Deducible** es independiente y como tal se acumulará por separado. Los **Tratamientos** elegibles que requieran precertificación que no estén precertificados se tomarán en cuenta para el pago del **Deducible** únicamente después de la aplicación del porcentaje reducido de reembolso.
2. **Límites del Coseguro:**
Siempre que el **Tratamiento** se administre dentro de los Estados Unidos, o en cualquier situación en el caso de todos y cada uno de los gastos incurridos en virtud del **Beneficio** de cobertura de maternidad, la **Persona Afiliada** está obligada a pagar un porcentaje del valor total de los gastos incurridos para cada **Condición Médica** en cada **Período de Cobertura**. Esto recibe el nombre de **Coseguro** y el porcentaje puede encontrarse en la sección de **Desglose de Límites/Máximos** de este documento. El monto máximo que cada **Persona Afiliada** tendrá que pagar como **Coseguro** por **Período de Cobertura** recibe el nombre de **Límite del Coseguro** y también puede encontrarse en la sección de **Desglose de Límites/Máximos**. Cada **Persona Afiliada** tiene un límite de **Coseguro** independiente para los **Tratamientos** precertificados administrados por **Proveedores Preferidos de Cuidados** y **Proveedores de Cuidados no Preferidos** en esta **Póliza**. Una vez que se llegue a este máximo por el cual **Usted** es responsable, la **Póliza** pagará el 100% de los **Beneficios**. Los pagos de **Deducibles** no contribuyen a estos límites. Los **Tratamientos** elegibles que requieran precertificación y no sean precertificados no estarán sujetos al límite del **Coseguro**.
3. **Aplicación de los límites:**
Cualquier límite general de los **Beneficios** (por visita, cantidad de días, límite monetario, etc.) será aplicado antes de la aplicación de cualquier **Deducible**.
4. **Desglose de Límites/Máximos:**
El **Desglose de Límites/Máximos** completo para todas las opciones aplicables de cobertura se indica al dorso. La opción de cobertura que **Usted** ha adquirido está incorporada en **Su Desglose de Coberturas** y debe referirse a ella para determinar los límites que se aplicarán a la cobertura y los **Beneficios** como se describe.
5. **Acumulación:**
Cuando una familia que cuente con tres o más **Personas Afiliadas** se vea involucrada simultáneamente en un **Accidente**, se aplicarán dos (2) **Deducibles** como máximo al costo total de las reclamaciones por los miembros de la familia.

Desglose de Límites/Máximos

La tabla que aparece a continuación resume las opciones disponibles y las características, límites de cobertura, periodos de espera y Coseguro aplicables a cada opción.

Características del Plan	Niveles de reembolso del plan/ Deducibles/ Periodos de espera (Todos por persona por Período de Cobertura a menos que se indique lo contrario)
Límite Total Anual Máximo	Límite del Beneficio de la Póliza
Coseguro máximo	El monto máximo pagadero del Coseguro
Cargos por Tratamiento de Paciente Interno y Paciente de Día	Porcentaje de reembolso preautorizado
Convalecencia	Límite del Beneficio – Tratamiento en Pacientes Internos/Pacientes de Día
Cuidados de Hospicio	Límite de tiempo para el Beneficio de Paciente Interno Límite monetario para el Beneficio de Paciente Externo
Cuidados de Salud en el Hogar	Cantidad máxima de visitas por Condición Médica
Tratamiento Psiquiátrico (Paciente Interno)	Límite máximo del Tratamiento
Tratamiento psiquiátrico (Paciente Externo)	Porcentaje de reembolso
Enfermedades del Recién Nacido	Límite del Beneficio durante el periodo de vida
Trasplante de Órganos	Límite del Beneficio por operación del órgano/trasplante durante el periodo de vida
SIDA	Límite del Beneficio durante el periodo de vida
Prótesis	Límite del Beneficio durante el periodo de vida
Alojamiento y Alimentación	Nivel de tarifa de habitación Límite de la tarifa de habitación
Unidad de Cuidados Intensivos	Límite de la tarifa de habitación
Evacuación Médica	Porcentaje del reembolso – por Condición Médica
Restos Mortales	Límite del Beneficio
Maternidad	Periodo de espera antes de ser elegible para el Beneficio Límite monetario del Beneficio – parto normal Límite monetario del Beneficio – Cesárea por opinión médica Porcentaje del reembolso
Cargos por Tratamiento de Paciente Externo	Porcentaje del reembolso
Medicamentos y Apósitos para Paciente Externo	Límite monetario del Beneficio
Gestión rutinaria de Condiciones Crónicas	Porcentaje del reembolso
Tratamiento # sin preautorización	Paciente Interno/Paciente de Día y Tratamiento de Emergencia
Cuidados para situaciones de no urgencia en Sala de Emergencias #	Porcentaje del reembolso – por Condición Médica

(*) - 80% si se encuentra fuera del área de la Red

(#) No aplica el máximo del Coseguro

Cuidado Primario			Primario Plus		
Dentro de EEUU	Dentro de EEUU	Fuera de EEUU	Dentro de EEUU	Dentro de EEUU	Fuera de EEUU
Red Interna	Red Externa		Red Interna	Red Externa	
US\$1,000,000	US\$1,000,000	US\$1,000,000	US\$1,000,000	US\$1,000,000	US\$1,000,000
US\$800	US\$4,000	N/A	US\$800	US\$4,000	N/A
90%	70% (*)	100%	90%	70% (*)	100%
30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días
30 días	30 días	30 días	30 días	30 días	30 días
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	US\$5,000	US\$5,000	US\$5,000
30	30	30	30	30	30
28 días	28 días	28 días	28 días	28 días	28 días
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Reembolso total	Reembolso total	Reembolso total
US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000
US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000	US\$250,000
US\$40,000	US\$40,000	US\$40,000	US\$40,000	US\$40,000	US\$40,000
US\$5,000	US\$5,000	US\$5,000	US\$5,000	US\$5,000	US\$5,000
Privado	Privado	Privado	Privado	Privado	Privado
Sin limite	\$500	Sin limite	Sin limite	\$500	Sin limite
US\$2,000	US\$1,800	US\$2,000	US\$2,000	US\$1,800	US\$2,000
100%	100%	100%	100%	100%	100%
US\$10,000	US\$10,000	US\$10,000	US\$10,000	US\$10,000	US\$10,000
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Periodo de espera de 12 meses	Periodo de espera de 12 meses	Periodo de espera de 12 meses
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	US\$5,000	US\$5,000	US\$5,000
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	US\$9,500	US\$9,500	US\$9,500
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	80%	80%	80%
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	80%	80%	100%
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	US\$2,000	US\$2,000	US\$2,000
Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Reembolso total	Reembolso total	Reembolso total
50%	50%	50%	50%	50%	50%
50%	50%	50%	50%	50%	50%

Condiciones Generales

1. Cláusula de subrogación:

Si el **Asegurador** paga Beneficios de gastos médicos en los que se haya incurrido y si se determina que la **Persona Afiliada** recibió un reembolso para todos o algunos de esos mismos gastos de parte de otra fuente, incluyendo cualquier otra **Póliza** de seguro, como se indica en la Condición General 17, el **Asegurador** tiene derecho a recibir un reembolso de parte de **Usted**. Donde corresponda, el **Asegurador** retiene el derecho a deducir tal reembolso de cualquier acuerdo de reclamación pendiente o futuro o a cancelar **Su Afiliación** y la de todas las **Personas Afiliadas** desde el principio, sin derecho a reembolso o prima. A no ser que sea con el consentimiento por escrito del **Asegurador**, ninguna **Persona Afiliada** tiene derecho a admitir responsabilidad por ninguna eventualidad o a prometer nada que sea de carácter obligatorio para **Usted**, las **Personas Elegibles** o cualquier otra **Persona Afiliada** que esté incluida en el **Desglose de Coberturas**.

2. Cobertura de Familiares/Dependientes:

Usted y todas las **Personas Afiliadas** tienen que estar incluidas en la cobertura de la misma **Póliza** y disponer de **Beneficios** idénticos. Si el **Asegurador** descubriera que no es así, se le pedirá a **Usted** que cumpla con esta condición para **Su próxima Fecha de Renovación**. El incumplimiento de esta condición ocasionará la cancelación de **Su** cobertura y la de las demás **Personas Afiliadas**.

3. Cláusula de Aceptación:

El **Asegurador** tiene derecho a rechazar la **Solicitud de Afiliación** de una persona sin dar motivos. El **Asegurador** mantiene el derecho de pedirle a **Usted** que muestre evidencia de la edad y/o estado de salud de cualquiera de las personas incluidas en **Su** solicitud. El **Asegurador** se reserva el derecho de aplicar endosos, exclusiones o aumentos de primas adicionales para reflejar cualquier circunstancia que **Usted** indique en **Su** formulario de **Solicitud de Afiliación** o declare al **Asegurador** como hecho material.

4. Elegibilidad:

Los nuevos aspirantes a la cobertura serán elegibles hasta la edad de 74 años, inclusive, en lo que a los Planes de Cuidado Primario* respecta, y hasta la edad 64 en lo que a los Planes Primarios Plus respecta. Los individuos mayores de 74 años** no son elegibles a menos que la **Fecha de Entrada de la Persona Afiliada** sea anterior al cumpleaños 75 de dicha persona. La elegibilidad no se extenderá en ningún caso a ningún aspirante cuyo **País de Residencia** sea los Estados Unidos o las Bermudas en el momento de la **Solicitud de Afiliación** o la **Fecha de Renovación**, y toda cobertura será cancelada para **Usted** si **Usted** vive o se muda a los Estados Unidos o las Bermudas en cualquier momento durante el **Período de Cobertura**.

* Sujeto a ciertas opciones de **Deducible** únicamente

** 74 (Plan de Cuidado Primario) o 64 (Plan Primario Plus)

75to Cumpleaños (Plan de Cuidado Primario) o 65to cumpleaños (Plan Primario Plus)

5. Cumplimiento de los Términos de la Póliza:

El **Asegurador** no será considerado responsable de ninguna reclamación en caso de que la **Persona Afiliada** incumpla sus términos y condiciones, excepto en caso de que las circunstancias de la reclamación no tengan conexión con tal incumplimiento y no se haya cometido fraude.

6. Cambio de Riesgo:

Usted debe informarnos a **Nosotros** tan pronto como sea razonablemente posible de cualquier cambio material relacionado con cualquier **Persona Afiliada** que afecte la información indicada en **Su Solicitud de Afiliación**. El **Asegurador** se reserva el derecho de alterar los términos de este **Certificado de Afiliación** o de cancelar la cobertura de una **Persona Afiliada** luego de un cambio de riesgo.

7. Duración y primas de la Póliza:

- La cobertura se brinda por un año y es renovable en períodos consecutivos de un año, sujeta a los términos vigentes en el momento de cada **Fecha de Renovación** y al pago de la prima.
- El **Asegurador** puede cambiar las primas que se deben pagar de vez en cuando. Si el **Asegurador** se desplaza a un nivel de edad superior, la prima aumentará en la siguiente **Fecha de Renovación**. Sin embargo, la cobertura no estará sujeta a ninguna alteración en las tarifas de las primas hasta la próxima **Fecha de Renovación**.
- Todas las primas deben pagarse por adelantado para cualquier cobertura que se brinde en virtud de esta **Póliza**.
- La **Póliza** es un contrato anual y **Usted** es responsable de la prima del año antero aunque el **Asegurador** haya acordado que **Usted** puede pagar a plazos.

8. Interrupción de la Cobertura:

Cuando se interrumpa la cobertura, por cualquier motivo, el **Asegurador** se reserva el derecho de volver a aplicar la Exclusión 1 en lo que respecta a una **Condición Médica** preexistente y a la Exclusión 2.

9. Niños:

La cobertura de los niños recién nacidos será aceptada desde el nacimiento. La aceptación de los bebés recién nacidos está sujeta a una notificación por escrito antes de que transcurran 30 días del nacimiento y al recibo del monto total de la prima en los 30 días siguientes a la notificación. Se aceptará la cobertura de los niños menores de 18 años que vivan con **Usted** o menores de 23 años que sean estudiantes a tiempo completo en el momento de afiliarse o de cualquier **Fecha de Renovación** anual. Se aceptará la cobertura de los niños menores de 18 años que no vivan con **Usted** siempre que la solicitud lleve la firma de los padres legales o de un tutor. La Prima aplicable estará en el nivel de edad entre 18 y 21 años.

10. Alteraciones:

- Nosotros** podemos alterar los términos y condiciones de Afiliación en cualquier **Fecha de Renovación**. **Usted** recibirá una copia del **Certificado de Afiliación** enmendado si esto sucede. **Usted** tiene 15 días para cancelar **Su** afiliación después de cualquier **Fecha de Renovación** y siempre que **Usted** no haya presentado una reclamación **Nosotros** le reembolsaremos **Su** prima. **Nosotros** le avisaremos a **Usted** tales alteraciones con tiempo razonable. **Nosotros** le enviaremos a **Usted** los detalles de tales alteraciones a la dirección más actual que exista en Nuestros expedientes. Sin embargo, las alteraciones entrarán en vigencia aunque **Usted** por algún motivo, no reciba la notificación.
- Ninguna alteración o enmienda a los términos de la **Póliza** o de este **Certificado de Afiliación** serán válidos a menos que **Nosotros** los presentemos por escrito y estén firmados por un representante autorizado del **Asegurador**.

11. Renuncia:

La renuncia de parte de **Nosotros** en cualquier instancia a cualquier término o condición de esta **Póliza** no evitará que **Nosotros** nos basemos en dicho término o condición en otras instancias.

12. Cancelación:

En caso de que no se pague la prima, el **Asegurador** tiene derecho a cancelar la afiliación de las **Personas Afiliadas**. La cancelación será automática. El **Asegurador** podrá, únicamente a su discreción, reintegrar la cobertura si la prima se continúa pagando.

Si bien es cierto que el **Asegurador** no podrá cancelar esta **Póliza** por reclamaciones elegibles presentadas por cualquier **Persona Afiliada**, el **Asegurador** puede cancelar la cobertura de una **Persona Afiliada** en cualquier momento si dicha persona:

- a) Ha engañado al **Asegurador** con declaraciones falsas.
- b) Ha reclamado **Beneficios** a sabiendas para cualquier otro propósito que los que se indican en esta **Póliza**.
- c) Ha aceptado cualquier acercamiento de terceros para obtener una remuneración razonable en detrimento del **Asegurador**.
- d) Ha incumplido los términos y condiciones de esta **Póliza** o no ha actuado con buena fe.
- e) Ha cambiado el **País de Residencia** de manera que a los propósitos de la **Póliza**, el **País de Residencia** es ahora los Estados Unidos o las Bermudas.

13. Leyes aplicables:

Las leyes aplicables a la **Póliza**, a este **Certificado de Afiliación** y a todas y cada una de las causas de acción que surjan como consecuencia de, en conexión a o en relación con la **Póliza** o este **Certificado de Afiliación** serán el derecho sustantivo de las Bermudas, sin tomar en cuenta o aplicar los reglamentos para conflictos de leyes de dicha jurisdicción.

14. Arbitrajes:

Todas y cada una de las disputas, controversias y reclamaciones que surjan como consecuencia de o en relación con la **Póliza**, este **Certificado de Afiliación**, la solicitud o proceso de solicitud de cualquiera de ellas, o cualquier servicio provisto en relación con el asunto de este documento, será resuelto exclusivamente mediante un arbitraje privado y confidencial. Se deberá incluir dentro del rango de arbitraje de este acuerdo todas y cada una de las disputas, controversias y reclamaciones que involucren al **Asegurador**, **Nosotros**, **Usted** o cualquier **Persona Afiliada** o cualquiera que actúe en nombre de cualquiera de ellos. El arbitraje se llevará a cabo en Hamilton, las Bermudas, en la dirección municipal elegida por la mayoría de los miembros del panel de arbitraje (que estará formado por tres árbitros, uno elegido por cada una de las partes y un tercero elegido por los dos árbitros ya designados). Los árbitros tendrán al menos cinco años de experiencia en el campo de los seguros de vida y/o salud y no tendrán (al menos durante los últimos cinco años) afiliación con ninguna de las partes.

La decisión por mayoría de los árbitros será obligatoria y final y no estará sujeta a apelación. El costo del proceso de arbitraje se asumirá según lo determinen los árbitros. Hasta el punto permitido por las leyes de las Bermudas, el arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las Normas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (UNCITRAL por sus siglas en inglés) para los Procesos de Arbitraje. En el resto de los aspectos, las leyes de las Bermudas regirán el arbitraje. En caso de llegar a un punto muerto en cuanto a la selección o designación de un árbitro, el Tribunal Internacional de Arbitrajes de la Cámara de Comercio Internacional será la autoridad nominativa, como lo indican las Normas UNCITRAL.

15. Otros seguros:

Si existe otra cobertura de seguro para los mismos **Beneficios**, **Usted** deberá informarnos o garantizar que la **Persona Afiliada** en cuestión informe de ello al **Asegurador**, y el **Asegurador** no será responsable de pagar o contribuir más que la proporción prorrateada.

16. Reclamaciones fraudulentas o infundadas:

Si alguna reclamación según esta **Póliza** es de alguna manera fraudulenta o infundada, todos los **Beneficios** pagados o pagaderos en relación con dicha reclamación serán decomisados o (si corresponde) recuperables. Además, toda la cobertura en lo que a la **Persona Afiliada** respecta será cancelada y anulada a partir de la **Fecha de Comienzo** sin derecho al reembolso de las primas.

17. Responsabilidad:

La responsabilidad del **Asegurador** cesará con la cancelación de la **Afiliación** según los términos de este **Certificado** cualquiera sea el motivo, que incluye sin limitaciones la no renovación y el no pago de las primas.

18. Reembolso de las Primas:

Luego de los primeros 30 días de cobertura a partir de **Su Fecha de Entrada** (Período de prueba), o 15 días después de cualquier **Fecha de Renovación**, **Usted** no tendrá derecho al reembolso total o parcial de las primas, cualquiera sea el motivo.

19. Transferencia:

Si existe más de una **Persona Afiliada** mayor de 18 años y **Usted** muere, la **Persona Afiliada** mayor de 18 años que sea mayor asumirá la responsabilidad de pagar las primas y de recibir y emitir avisos a partir de la fecha de **Su** fallecimiento.

20. Totalidad del Contrato – Cambios:

La **Póliza**, incluyendo el **Desglose de Coberturas**, la **Solicitud de Afiliación** y el **Certificado de Afiliación** constituyen la totalidad del contrato y no podrán ser cambiados por otra persona que no sea el **Asegurador**. Dicha autorización debe ser avalada o anexada a este **Certificado de Afiliación** o al **Desglose de Coberturas**. Ningún agente o corredor puede cambiar la **Póliza** o este **Certificado de Afiliación** o renunciar a los términos de cualquiera de ellos.

Procedimiento de reclamaciones

IMPORTANTE

**** NOTA **** Por favor, asegúrese de que **Nosotros**, o Nuestra Línea de Ayuda Médica, precertifiquemos por escrito (fax/correo electrónico/carta) todos y cada uno de los costos en concepto de **Tratamiento para Pacientes Internos/Paciente de Día** que no sean de **Emergencia**, Imágenes de Resonancia Magnética y Tomografías Axiales Computarizadas, **ANTES** de someterse a **CUALQUIER Tratamiento**. La notificación de cualquier **Tratamiento para Paciente Interno/Paciente de Día** que sea electivo y no de **Emergencia** debe llegarnos tan pronto como sea razonablemente posible.

Nuestra Línea de Ayuda Médica está disponible las 24 horas del día, 365 días a la semana y su personal incluye operadores en múltiples idiomas, que pueden concertar **Su** ingreso a un **Hospital**, traslados en Ambulancia y **Evacuación Aérea** cuando sea necesario. Para obtener asistencia médica, use el número de la Línea de Ayuda Médica que se le indica en **Su** tarjeta de membresía. **Usted** deberá indicar **Su** nombre, número de referencia, número de teléfono y/o fax, ubicación y problema de salud. En cualquier situación, si **Usted** no está seguro de lo que debe hacer, llame a la Línea de Ayuda Médica.

Todas las Personas Aseguradas en virtud de esta **Póliza** deben tomar las precauciones razonables en todo momento para evitar cualquier **Accidente** o enfermedad y deben cumplir los programas de vacunación recomendados y/o tomar los medicamentos profilácticos adecuados contra la malaria y otras enfermedades. Todos los gastos por los que se reclame un **Beneficio** deben estar sujetos a los **Cargos Razonables y Convencionales** y serán incurridos únicamente para el propósito del **Tratamiento**.

Las reclamaciones pagadas en moneda local serán convertidas según la tarifa de cambio monetario publicada semanalmente en la revista "Financial Times Guide to World Currencies", en el momento en que **Nosotros** evaluemos las facturas de la cobertura.

Para protegerlo a **Usted** de la posibilidad de enfrentar gastos que no están incluidos en la cobertura de **Su Póliza**, **Nosotros** hemos desarrollado el siguiente procedimiento:

TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA PACIENTES INTERNOS/PACIENTES DE DÍA:

En caso de un ingreso planificado de tipo **Paciente Interno** o **Paciente de Día** en una **Instalación Médica**, se deberán dar los siguientes pasos. Solamente se reembolsará el 50% de todos los gastos incurridos por la **Persona Afiliada** a menos que **Usted** cumpla con estos procedimientos.

- i) Contacte con Nuestra Línea de Ayuda Médica (número de teléfono gratis o a cobro revertido) tan pronto como le sea razonablemente posible antes de ser ingresado, e indique todos los detalles de la **Condición**, el **Tratamiento** sugerido (incluyendo fechas y nombres de los procedimientos si los conoce) junto con el nombre del **Médico Especialista** y los detalles de la **Institución Médica**. (El número de teléfono se encuentra en el reverso de **Su** tarjeta de membresía)
- ii) La Línea de Ayuda Médica le indicará a **Usted** si tiene información suficiente para confirmar la cobertura de la **Persona Afiliada**. En caso contrario, le indicarán a **Usted** la información adicional que necesitan.
- iii) La Línea de Ayuda Médica le confirmará verbalmente la cobertura de la **Persona Afiliada** y le enviará a **Usted** la información por escrito.
- iv) La Línea de Ayuda Médica siempre intentará tomar las medidas necesarias en la **Institución Médica** para que todas las facturas elegibles se paguen directamente cuando se utiliza un **Proveedor Preferido de Cuidados**. Si esto sucede, **Usted** debe enviar el formulario original de la reclamación y las facturas pendientes (si la **Instalación Médica** se las entregó a **Usted**) al Departamento de Reclamaciones de Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits.

INGRESO DE EMERGENCIA:

En caso de ser ingresado de **Emergencia**, **Usted** debe contactar con la Línea de Ayuda Médica tan pronto como le sea posible luego de ser ingresado y seguir los pasos descritos anteriormente para el **Tratamiento de Pacientes Internos**. Si no contacta con la Línea de Ayuda Médica, **Usted** solamente recibirá el 50% del reembolso de los costos incurridos en concepto de **Tratamiento** o **Evacuación** según los términos de este Certificado. Por favor, no demore en recibir un **Tratamiento de Emergencia**.

TRATAMIENTO DE PACIENTES EXTERNOS:

Si la **Persona Afiliada** recibe **Tratamiento** médico en calidad de **Paciente Externo**, **Usted** deberá pagar la totalidad del **Tratamiento** en el momento de la cita y luego presentarnos la reclamación. En tales casos, asegúrese de que el **Médico** o **Médico Especialista** y **Usted** llenen el formulario de reclamaciones. Sírvase remitirlo al Departamento de Reclamaciones de Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits con toda la evidencia necesaria para procesar la reclamación de la **Persona Afiliada**, que incluye pero no se limita a la factura original y evidencia de pago, la prescripción y un diagnóstico por escrito emitido por el **Médico**.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LAS RECLAMACIONES:

Nos reservamos el derecho de rechazar cualquier reclamación que no se envíe antes de transcurridos 180 días de la fecha en que se administró el **Tratamiento**. Todos los documentos y materiales (que incluyen pero no se limitan a cuentas originales, certificados y radiografías) que **Nosotros** necesitemos para dar sustento a una reclamación, una solicitud de cobertura o cambio de la cobertura deberán enviarse sin costo alguno a **Nosotros** (incluyendo, en caso de que **Nosotros** lo solicitemos, un informe médico del **Médico** o **Médico Especialista** de la **Persona Afiliada** y los detalles de la historia clínica de la **Persona Afiliada** con anterioridad a cualquier reclamación). En los casos en que **Nosotros** exijamos información médica para la consideración de una reclamación pero dicha información no esté a Nuestra disposición, la obtención de dicha información del **Médico** actual o pasado de la **Persona Afiliada** será responsabilidad Suya, según sea adecuado. Solamente se podrán presentar reclamaciones de **Tratamientos** administrados durante un **Período de Cobertura** y el **Beneficio** solamente estará disponible para los gastos incurridos anteriormente al vencimiento o cancelación de dicha cobertura.

Toda **Persona Afiliada** debe enviarnos sin falta una notificación por escrito de cualquier reclamación o derecho de acción contra cualquier tercera parte que surja como consecuencia de las circunstancias que ocasionaron la reclamación en virtud de esta **Póliza** y deben mantenernos totalmente informados por escrito y tomar todas las medidas que **Nosotros** consideremos razonables para presentar una reclamación a dicha otra parte. **Nosotros** tenemos derecho a llevar a cabo una acción legal en nombre de cualquier **Persona Afiliada** para **Beneficio Nuestro** y reclamar indemnización o daños o cualquier otra cosa que se relacione con cualquier **Beneficio** y los costos pagados o pagaderos según esta **Póliza**. La conducción de tales procedimientos es a discreción **Nuestra**, como también lo es la resolución de cualquier reclamación.

TODOS LOS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN DEBERÁN ENVIARSE A:

Goodhealth c/o Aetna Global Benefits
P.O. Box 30545
Tampa, FL 33630-3548
USA

Tel gratis: 1 866 545 3252

Llamada a cobro revertido: +1 813 775 0220

F: +1 813 775 0625

E: AmericasServices@aetna.com

PROCEDIMIENTO PARA QUEJAS

Nuestro objetivo es brindarle un servicio de máxima calidad. Sin embargo, es posible que existan ocasiones en las que **Usted** considere que este objetivo no se ha cumplido. Si **Usted** tiene alguna queja en cuanto a esta **Póliza** de seguro, sírvase contactar por escrito con:

The Managing Director
Goodhealth Worldwide (Global) Limited
c/o Aetna Global Benefits

4630 Woodland Blvd.

Tampa, FL 33614

USA

TF 1 800 914 2177 (solamente dentro de EEUU)

T +1 813 775 0220

F +1 813 775 0625

E AmericasServices@aetna.com

(solamente dentro de EEUU)

www.goodhealthamericas.com

www.goodhealthamericas.com

GOODHEALTHSM
An Aetna Company