



LIBERTY

**CONDICIONADO
DE PÓLIZA**

2021 - 2022

ÍNDICE

Acuerdo

Emisión de la Póliza

Duración de la Cobertura

Resumen de Beneficios

Elegibilidad

Responsabilidad del Asegurado

Notificación, Autorización y Proveedores

Beneficios y Gastos Cubiertos

Exclusiones Generales y Restricciones o Limitaciones

Definiciones

Administración

Cómo Presentar un Reclamo

ACUERDO

Loyal Insurance Group (Loyal Major Medical®) en lo sucesivo denominado como “Asegurador”, se compromete a pagar al titular de la póliza los gastos cubiertos presentados por un Asegurado como resultado de cualquier tratamiento, servicio o suministro médico cubierto después de la fecha de vigencia de esta póliza y mientras la póliza esté vigente, hasta el límite de cobertura de beneficios establecidos en el resumen de beneficios de esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza y al certificado de cobertura.

EMISIÓN DE LA PÓLIZA

Aviso importante sobre la aplicación

Esta póliza se emite con base a las declaraciones proporcionadas de buena fe por el titular de la póliza en la solicitud, así como el pago total aplicable de la prima. Si la información que se muestra en la aplicación es falsa, incorrecta, incompleta, engañosa o se ha omitido, será causa de cancelación, rescisión o modificación de la póliza, a discreción del Asegurador. En el caso de cancelación o rescisión de la póliza, el Asegurador quedará exenta de cualquier responsabilidad por el pago de los beneficios y las obligaciones estipuladas en la póliza.

Diez (10) días correctos para examinar la póliza

El Asegurado tiene el derecho de examinar y devolver la póliza dentro de los diez (10) días posteriores a la recepción de la misma si no está satisfecho con la cobertura ofrecida. El titular de la póliza entiende que es un plan de seguro médico internacional que no cumple con las regulaciones y/o la cobertura obligatoria requerida por las autoridades de su país de residencia y/u otras jurisdicciones.

La póliza puede ser devuelta directamente al Asegurador a través de un agente. Si se devuelve, la póliza se considerará nula como si nunca se hubiera emitido. El Asegurador reembolsará la prima pagada, menos el monto cobrado por los gastos administrativos. Si esto no es devuelto dentro del período de diez (10) días, cualquier solicitud de reembolso de primas se procesará de acuerdo con las disposiciones de esta póliza.

DURACIÓN DE LA COBERTURA

Siempre que se haya pagado la prima total aplicable, la cobertura comienza a las 00:01 horas, hora estándar del este (EE. UU.) en la fecha de vigencia de la póliza y la cobertura finaliza a las 24:00 horas, horario estándar del este (EE. UU.) en la fecha de terminación de la póliza.

La cobertura bajo este contrato de póliza tiene un período de duración de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período similar con el pago anual total de la prima adeudada, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza, que están vigentes en el momento de la renovación.

Período de espera

Esta póliza tiene un período de espera de noventa (90) días que comienza en la fecha de efectividad de la misma. Durante este período de tiempo, la cobertura estará limitada a las condiciones que se manifiesten por primera vez y que su causa sea una lesión sufrida durante un accidente o una enfermedad de origen infeccioso. Cualquier otra condición o síntoma que no haya sido ocasionada por un accidente o que no sea de origen infeccioso y que se manifieste por primera vez durante dicho período de espera, será excluida permanentemente para ese Asegurado en particular, por el resto del tiempo que permanezca Asegurado bajo esta póliza, con la excepción de un embarazo.

Cobertura geográfica

Este plan provee cobertura con libre elección de hospitales y médicos en cualquier lugar del mundo a través de pago directo a los proveedores o de reembolso al Asegurado titular.

Para optimizar los beneficios ofrecidos, el Asegurado puede hacer uso de la red de proveedores de la compañía.

Renovación

La renovación de esta póliza está garantizada de forma vitalicia de acuerdo con los términos y condiciones de la póliza vigente en el momento de la renovación, siempre y cuando la prima sea pagada.



RESUMEN DE BENEFICIOS

El resumen de beneficios forma parte del contrato de su póliza, que contiene un deducible que debe cumplirse antes de que los beneficios sean pagados por el Asegurador. Todos los beneficios de este contrato son por Asegurado y por año de póliza, a menos que se especifique lo contrario en el presente documento y pagaderos en dólares de los EE.UU. (USD).

Los límites del beneficio máximo para todos los gastos cubiertos están limitados a los términos y condiciones de esta póliza y están sujetos a los gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR). Para recibir los máximos beneficios de esta póliza, el Asegurado debe asistir a un proveedor de la red.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURA	LIBERTY
- Al menos de que se indique lo contrario todos los beneficios son por Año Póliza.	
Beneficio máximo	\$2,000,000
Elegibilidad	75 años
Renovación	Vitalicio
Área de cobertura	Mundial - 100% Dentro de la red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
Tratamiento médico para accidentes y emergencias fuera de la red	80% UCR fuera de la red
Opciones de deducibles - Por año póliza	I. \$500/\$1,000 II. \$1,000/\$2,000 III. \$2,000/\$3,000 IV. \$5,000 V. \$10,000 VI. \$20,000
Coaseguro	No aplica
Período de espera	90 días / 3 meses
Reducción del deducible después de 3 años de no reclamo	Opciones I, II y III: eliminación del deducible por 1 año después del 3er año sin reclamos Opciones IV, V y VI: reducción del deducible hasta 50% por 1 año después del 3er año sin reclamos
Cobertura gratuita para dependientes después del fallecimiento del titular	8 meses de exoneración de prima
HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN
Servicios médicos y quirúrgicos	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
Honorarios médicos y medicamentos	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red

Habitación y alimentación - Cuarto privado, semi-privado - Habitación estándar	100% Dentro de la red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red / máximo \$800 por día
Unidad de cuidados intensivos	100% Dentro de la red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red / máximo \$1,600 por día
Tratamiento de cáncer (quimioterapia y radioterapia), diálisis	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red Opciones I, II y III
Servicios de diagnósticos (laboratorio, rayos X, resonancias magnéticas, TAC y ecografías)	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
Fisioterapia / Rehabilitación	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
Alojamiento en el hospital para acompañante de un menor de edad	\$150 por noche, máximo 30 noches
Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o profiláctica - Período de espera	\$8,000 de por vida / 36 meses de periodo de espera
Cirugía bariátrica, de bypass gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos. - Período de espera	\$4,000 de por vida / 36 meses de periodo de espera
Cirugía reconstructiva en caso de accidente o malformaciones nasales sobre el septum - Medicamento necesario	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
Sala de emergencia	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
SERVICIOS AMBULATORIOS	SERVICIOS AMBULATORIOS
Cirugía ambulatoria	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red
Servicios médicos / Quirúrgicos / Honorarios médicos y medicinas	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red

Tratamiento de cáncer (quimioterapia y radioterapia), diálisis	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red Opciones I, II y III
Servicios diagnósticos (laboratorio, rayos X, resonancias magnéticas, TAC y ecografías)	100% UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services / 80% UCR fuera de la red Opciones I, II y III
Fisioterapia / Rehabilitación	\$10,000
TERAPIAS ESPECIALES / ALTERNATIVAS	TERAPIAS ESPECIALES / ALTERNATIVAS
Terapia de lenguaje	\$1,500
Consultas psiquiátricas / Psicólogo	10 visitas por año / 100% UCR
SERVICIOS PREVENTIVOS Y ADICIONALES	SERVICIOS PREVENTIVOS Y ADICIONALES
Chequeo médico de rutina anual - Sin deducible	\$250 por asegurado, por año póliza
Chequeo médico de rutina anual para menores de edad / Inmunizaciones - Sin deducible	< 1 año = \$75 por visita, hasta 5 visitas 1 a 17 años = \$150 por año póliza
Examen dental preventivo - Período de espera 12 Meses - Sin deducible	\$75 dentro del beneficio de chequeo médico de rutina
MATERNIDAD	MATERNIDAD
Servicios de maternidad - Por cada maternidad cubierta - Período de espera por cada producto garantizado - Sin deducible	Parto normal: \$5,000 Cesárea: \$6,000 - 18 meses de período de espera - Opciones I y II
Complicaciones de maternidad y/o complicaciones de nacimiento - Aplica deducible - Condiciones que sean resultados de un tratamiento de fertilidad están excluidos.	Endoso: \$150,000 adicional de por vida - 18 meses de período de espera - Opciones I y II
Preservación de células madre del cordón umbilical - Por cada recién nacido de una maternidad cubierta - Sin deducible	\$1,000 Opciones I y II

Maternidad para dependientes - Solo aplica para aquellas dependientes que son >= 18 hasta 24 años	Parto normal: \$800 Cesárea: \$1000 - 18 meses de período de espera - Opciones I y II
Inclusión automática del recién nacido a la póliza - Se tiene que notificar e incluir dentro de la póliza en los primeros 90 días después del nacimiento - Solo recién nacidos de una maternidad cubierta	Sin selección de riesgos
SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN	SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN
Ambulancia local - Sin deducible	100% UCR
Servicios de ambulancia aérea - Sin deducible - Pre-aprobado	\$45,000
Repatriación de restos mortales o servicio de cremación - Pre-aprobado	\$10,000
Asistencia de viaje de regreso al país de residencia si es evacuado - Para el paciente y un acompañante	\$1,000 por persona
OTROS BENEFICIOS / SERVICIOS	OTROS BENEFICIOS / SERVICIOS
Tratamiento dental de emergencia después de un accidente	100% UCR
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años - Nacidos de una maternidad cubierta	\$50,000 UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services, de por vida
Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas a partir de 18 años	\$100,000 UCR Dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services, de por vida

Procedimientos de trasplante	<p>\$200,000 (diagnóstico de por vida)</p> <p>\$30,000 (máximo para preparación del donante)</p> <p>- Opción: I</p> <p>ENDOSO para opciones: II, III, IV, V y VI</p>
Equipos médicos y dispositivos ortopédicos - Pre-aprobado	\$8,000



ELEGIBILIDAD

Requisitos básicos de elegibilidad

El titular de la póliza y los dependientes elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Debe tener dieciocho (18) años (excepto dependientes elegibles o menores emancipados) y hasta setenta y cinco (75) años.
- b) Debe pagar el total de la prima de la póliza aplicable.

Aquellos solicitantes mayores de sesenta y cinco (65) años deberán presentar información médica adicional para su evaluación.

Dependientes elegibles

- a) El cónyuge o compañero(a) domestico(a) del Asegurado principal, hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, menores de edad para quienes el Asegurado principal ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente, serán elegibles como dependientes. Para los hijos adoptivos, bajo tutoría o protección legal, es necesario presentar los documentos legales que establezcan el parentesco o filiación.
- b) Cobertura para los hijos dependientes que cumplan dieciocho (18) años, se mantiene vigente hasta la próxima fecha de aniversario de la póliza. Sin embargo, si el hijo dependiente es un estudiante de tiempo completo en una universidad o colegio acreditado en el momento en que se emite o renueva la póliza, puede continuar Asegurado como dependiente hasta la próxima fecha de aniversario, hasta que cumpla los veinticuatro (24) años.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, un certificado de inscripción emitido por la universidad o colegio al que asista el hijo dependiente para confirmar el estado de estudiante a tiempo completo.

- c) La cobertura para dependientes elegibles finalizará en el momento de la fecha de aniversario de la póliza en los siguientes casos:
 - I. Para un hijo dependiente, si el hijo se casa, se convierte en parte de una sociedad doméstica o no es un estudiante de tiempo completo después de cumplir diecinueve (19) años.
 - II. Para un cónyuge dependiente, si el cónyuge y el titular de la póliza dejan de estar casados por divorcio.
 - III. Para una pareja doméstica, si la asociación doméstica entre el titular de la póliza y su pareja doméstica termina.

Cobertura continua para dependientes

- a) Si un Asegurado ya no califica como dependiente elegible debido a uno de los casos mencionados anteriormente, pero es elegible para ser titular de la póliza, puede solicitar su propia póliza, sin estar sujeto a un nuevo proceso de suscripción, solo se requiere el pago de la prima completa antes del período de gracia para la renovación de la póliza en la que estaba cubierto. Como titular de la póliza elegible, estará sujeto, según la nueva póliza individual, a los términos, condiciones,

enmiendas y restricciones que tenía como dependiente en la póliza anterior.

- b) En los casos de hijas dependientes que hayan cumplido el período de espera de maternidad de dieciocho (18) meses según la póliza de sus padres, y posteriormente hayan solicitado cobertura bajo un plan similar con los mismos beneficios de maternidad, el Asegurador renunciará al período de espera de maternidad.
- c) Los dependientes que son elegibles pueden continuar cubiertos en la misma póliza sin una nueva suscripción si el titular de la póliza fallece, bajo los mismos términos en que fue aprobada.

Inclusión automática del recién nacido a la póliza

- a) Los niños nacidos de una maternidad cubierta por la póliza pueden ser incluidos automáticamente como dependientes elegibles en la póliza sin estar sujetos a la suscripción.

Para que esto ocurra, el Asegurador deberá ser notificado dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de nacimiento del recién nacido, presentando una copia del certificado de nacimiento con la prima adicional correspondiente.

Si el recién nacido no es añadido dentro de los noventa (90) días de la fecha de nacimiento, una solicitud de seguro de salud, el certificado de nacimiento, los registros médicos del nacimiento y el pago de la prima aplicable deben ser presentados al Asegurador y el recién nacido estará sujeto a la suscripción.

- b) Los niños recién nacidos que no nacieron de una maternidad cubierta o que nacieron como resultado de un tratamiento de fertilidad no tienen inclusión automática en la póliza. Deberán presentar una solicitud de seguro de salud, certificado de nacimiento, registros médicos del nacimiento y el pago de la prima correspondiente al Asegurador.

RESPONSABILIDAD COMPARTIDA DEL ASEGURADO

El Asegurador no es responsable del reembolso de todos los cargos médicos en relación con los gastos cubiertos conforme a esta póliza, ya que puede haber una parte de los gastos cubiertos que son responsabilidad del Asegurado. Los gastos de atención médica para cualquier tratamiento médico, servicio o suministro recibido se puede encontrar a continuación y haciendo referencia al resumen de beneficios para determinar la parte del costo con respecto a los gastos cubiertos.

Deducible por año póliza

- a) Cada Asegurado es responsable de un (1) deducible por año póliza.

Para las pólizas familiares, se aplicará un máximo de dos (2) deducibles por año póliza. Todos los montos aplicados al deducible para cada uno de los diferentes asegurados en la misma póliza se tendrán en cuenta para alcanzar los dos deducibles.

- b) Si el deducible se ha aplicado en el país de residencia y otros servicios médicos se prestan en los Estados Unidos, donde el deducible podría ser mayor en función de la opción de deducible seleccionada en la póliza, el Asegurado será responsable del pago de la diferencia entre los dos (2) deducibles.
- c) Los gastos cubiertos incurridos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza, que se apliquen para satisfacer el deducible de ese año póliza, se transferirán y aplicarán al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.

- d) En un accidente grave, como se define en esta póliza, no se aplicará ningún deducible para la primera hospitalización médicamente necesaria, inmediatamente después de dicho accidente, cualquier tratamiento posterior relacionado con el accidente incurrirá en el deducible.
- e) Eliminación/Reducción del deducible:
- I. Para las opciones de deducibles I, II y III: si un Asegurado no presenta reclamos por tres (3) años consecutivos, se le eliminará el deducible por un (1) año después del tercer año. Una vez pasado el cuarto (4to) año en que se le otorgó la eliminación del deducible, comienza un nuevo período de tres (3) años en la próxima fecha de aniversario para poder volver a calificar para este beneficio.
 - II. Para las opciones de deducibles IV, V y VI: si un Asegurado no presenta reclamos por tres (3) años consecutivos, se le otorgará la reducción del deducible hasta un 50% por un (1) año después del tercer año. Una vez pasado el cuarto (4to) año en que se le otorgó la reducción del deducible, comienza un nuevo período de tres (3) años en la próxima fecha de aniversario para poder volver a calificar para este beneficio.

Gastos adicionales

- a) Gastos incurridos por servicios no cubiertos o excluidos.
- b) Gastos que excedan cualquier limitación de beneficio máximo enumerada en el resumen de beneficios (por ejemplo: los máximos de por vida y los máximos por año póliza).
- c) Gastos superiores al monto usual, acostumbrado y razonables, prestados por proveedores que no han aceptado el monto aprobado por el Asegurador como pago total.
- d) Gastos que excedan cualquier reducción de beneficios.
- e) Gastos por reclamos negados porque el Asegurador.
- f) Cualquier penalización aplicada por recibir tratamiento fuera de la red de proveedores o por no seguir los requisitos de notificación establecidos en esta póliza.

NOTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y PROVEEDORES

Requisitos de notificación por parte del Asegurado

El Asegurado debe contactar al Asegurador antes de recibir atención médica. Al notificar por adelantado, el Asegurador puede confirmar la elegibilidad del Asegurado, autorizar la prestación de los servicios correspondientes y controlar el costo médico.

En todas las circunstancias, el Asegurado debe notificar al Asegurador sobre su intención o necesidad de hospitalización, cirugía ambulatoria y pruebas de diagnóstico.

Los siguientes beneficios también deben notificarse al Asegurador con anticipación y el Asegurado debe obtener la autorización necesaria del Asegurador antes de que el beneficio esté cubierto:

- Cirugía reconstructiva de la nariz.
- Equipo médico duradero o dispositivos especiales.
- Transporte de emergencia por ambulancia aérea.
- Terapia física ambulatoria y rehabilitación.
- Repatriación de restos mortales o servicios de cremación.
- Servicios de trasplante de órganos.

Plazos y sanciones

Para cumplir con el requisito de notificación, el Asegurado debe notificar al Asegurador, llamando al número de teléfono que aparece en el reverso de la tarjeta de identificación, de la siguiente manera:

- a) Para cualquier servicio médico: al menos setenta y dos **(72) horas antes** para recibir cualquier tratamiento o servicio para el que se requiere notificación.
- b) Para cualquier emergencia: dentro de las cuarenta y ocho **(48) horas posteriores** al evento, por parte del Asegurado o una persona que actúe en su nombre.

Si el Asegurado no contacta al Asegurador como se estableció anteriormente, el Asegurado será responsable de todos los gastos cubiertos, además del deducible aplicable.

Proveedores de la Red LOYAL USA Major Medical Services

La cobertura máxima bajo esta póliza se puede obtener cuando el Asegurado recibe tratamiento de un proveedor dentro de la Red de Proveedores de LOYAL USA Major Medical Services. Las siguientes limitaciones en la cobertura ocurrirán si se recibe tratamiento de un proveedor que no está dentro de la Red de Proveedores de LOYAL USA Major Medical Services:

- a) Tratamiento médico electivo fuera de la red: si un Asegurado recibe servicios de atención no urgente fuera de la red de Proveedores de LOYAL USA Major Medical Services, el Asegurador solo será responsable del ochenta por ciento (80%) de los gastos cubiertos. Por lo tanto, el Asegurado será responsable del veinte por ciento (20%) de todos los gastos cubiertos, una vez que se haya alcanzado el deducible.
- b) Tratamiento médico para accidentes y emergencias fuera de la red: si un Asegurado recibe servicios de emergencia en un proveedor que no está dentro de la red de proveedores de LOYAL USA Major Medical Services, el Asegurador será responsable del ochenta por ciento (80%) de los gastos cubiertos, una vez que se haya alcanzado el deducible.

Para determinar si un proveedor es miembro de la Red de Proveedores de LOYAL USA Major Medical Services, el Asegurado debe contactar al Asegurador directamente antes de recibir cualquier servicio médico.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso, se recomienda obtener la lista actualizada de proveedores afiliados a la Red de Proveedores de LOYAL USA Major Medical Services directamente del Asegurador cuando busque atención de un proveedor. Si no hay un proveedor dentro de la red, con la excepción de los Estados Unidos, el Asegurado puede elegir libremente el proveedor.

BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Gastos cubiertos

Como se establece en esta póliza, sujeto a las estipulaciones dentro de las condiciones de cobertura y todos los términos y condiciones restantes, los gastos cubiertos se definirán como los gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables incurridos por un Asegurado después de la fecha de vigencia y durante el período en que esta póliza está en vigor.

Los gastos cubiertos incluyen, entre otros:

- a) Cirugía médica y servicios hospitalarios.
- b) Servicios ambulatorios como se define en esta póliza.
- c) Principales pruebas de diagnóstico.
- d) Medicamentos recetados.
- e) Equipo médico e implantes quirúrgicos.

Hospitalización

Cirugía bariátrica, bypass gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico para la pérdida de peso.

La cirugía de pérdida de peso, sus procedimientos, servicios y/o cualquier complicación relacionada con la cirugía estarán cubiertos hasta un beneficio máximo de cuatro mil dólares USD (USD \$4,000) por Asegurado, de por vida, si se cumplen los siguientes requisitos:

- a) Se ha cumplido un período de espera de treinta y seis (36) meses a partir de la fecha de efectividad de la póliza.
- b) El procedimiento es médicamente necesario, tal como se define en esta póliza y ha sido confirmado como la mejor solución por el Asegurador.
- c) La notificación al Asegurador se realizará tan pronto como el Asegurado fue informado de que era candidato para cirugía o tratamiento. Como tal, todos los servicios previos y para la cirugía han sido pre autorizados y coordinados por el Asegurador.

Si el Asegurado solicita un cambio de plan a un plan donde este beneficio es mayor, entonces el beneficio más bajo ofrecido en el plan anterior prevalecerá a partir de la fecha de vigencia del cambio de plan por dos (2) años.

Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o profiláctica

La cirugía profiláctica, sus procedimientos, servicios y/o cualquier complicación relacionada con la cirugía estarán cubiertos hasta un máximo de ocho mil dólares (USD \$8,000) por Asegurado, de por vida, si se cumplen las siguientes condiciones:

- a) Se ha cumplido un período de espera de treinta y seis (36) meses a partir de la fecha de efectividad de la póliza.
- b) A través de pruebas genéticas, se confirma que el Asegurado tiene una predisposición al cáncer (BRCA1 o BRCA2, u otro gen de predisposición al cáncer) o una mutación perjudicial. Las pruebas genéticas o procedimientos similares no están cubiertos por esta póliza.
- c) Se ha realizado una segunda opinión médica y se ha confirmado que la cirugía es médicamente necesaria, según se define en esta póliza.
- d) Todos los servicios previos y para la cirugía han sido pre autorizados y coordinados por el Asegurador.

Si el Asegurado solicita un cambio de plan a un plan donde este beneficio es mayor, entonces el beneficio más bajo ofrecido en el plan anterior prevalecerá a partir de la fecha de vigencia del cambio de plan por un (1) año.

Alojamiento en el hospital para acompañante de un menor de edad

Gastos incluidos en la factura del hospital por el alojamiento hospitalario nocturno del acompañante de un niño Asegurado, hospitalizado, menor de dieciocho (18) años se pagará hasta ciento cincuenta dólares (USD

\$150) por noche, por un máximo de treinta (30) noches.

Servicios hospitalarios

La cobertura solo se brinda cuando la hospitalización como paciente interno es médicamente necesaria. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- a) Uso de todas las instalaciones del hospital, incluidas las salas de emergencias y quirófanos.
- b) Suministros médicos, pruebas de diagnóstico y terapias.
- c) Procedimientos quirúrgicos.
- d) La habitación y comida estándar de un hospital privado o semiprivado está cubierto hasta en un cien por ciento (100%) UCR de los gastos hospitalarios dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services y 80% UCR fuera de la red, máximo ochocientos dólares (USD \$800) por día.
- e) La habitación y la comida dentro de una unidad de cuidados intensivos están cubiertas hasta en un cien por ciento (100%) UCR de los gastos hospitalarios dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services y 80% UCR fuera de la red, máximo mil seiscientos dólares (USD \$1,600) por día.

Honorarios médicos y medicamentos

El Asegurador otorgará cobertura para honorarios médicos y medicamentos durante una hospitalización solo cuando sea médicamente necesarios para la cirugía o el tratamiento y el Asegurador los apruebe. Estas tarifas están limitadas a lo siguiente:

- a) Honorarios del cirujano principal: A los gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) aprobados para el(los) procedimiento(s) específico(s), o basados en tarifas especiales establecidas o contratadas por el Asegurador para un área geográfica, país o proveedor específico.
- b) Tarifas de anestesiólogo - Todos los gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) aprobados del monto proporcional de los honorarios del cirujano principal para el(los) procedimiento(s) específico(s), o basados en tarifas especiales establecidas o contratadas por el Asegurador para un área geográfica, país o proveedor específico.
- c) Honorarios del médico/cirujano asistente - Todos los gastos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) aprobados del monto proporcional de los honorarios del cirujano principal para el(los) procedimiento(s) específico(s), o basados en tarifas especiales establecidas o contratadas por el Asegurador para un área geográfica, país o proveedor específico, pero solo si es médicamente necesario para su participación en el procedimiento quirúrgico.
- d) Todos los medicamentos recetados durante la hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%) UCR. En todos los casos, una copia del expediente médico debe acompañar al reclamo.
- e) Medicamentos recetados para tratamientos ambulatorios están cubiertos. Este beneficio está limitado a aquellos medicamentos que requieren una receta médica para su uso y no se venden sin receta y están ordenados por un médico o farmacéutico autorizado y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA) para el tratamiento de la afección médica del Asegurado. En todos los casos, una copia de la prescripción debe acompañar al reclamo.

Cirugía reconstructiva en caso de accidente o malformaciones nasales en el septum

La cirugía reconstructiva debe ser aprobada previamente por el Asegurador. Para obtener la aprobación para la cobertura de estas cirugías, el Asegurado debe notificar previamente al Asegurador y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con las disposiciones de esta póliza. Si está autorizado, solo se cubrirá lo siguiente:

- a) Para el tratamiento médicamente necesario de una enfermedad o lesión cubierta, que no se considera una afección preexistente.
- b) Para el tratamiento quirúrgico médicamente necesario de las deformidades de la nariz o el tabique causado por un accidente cubierto o trauma. La evidencia de trauma, en forma de fractura, debe confirmarse por medios radiológicos (Rayos X, Tomografías computarizadas, Resonancias Magnéticas), las cuales deben entregarse al Asegurador para su evaluación al momento de solicitar la aprobación.

Servicios Ambulatorios

Cirugía ambulatoria

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos de conformidad con las disposiciones de esta póliza. Estas cirugías permiten que el paciente se vaya a casa el mismo día que se somete al procedimiento quirúrgico.

Equipos médicos y dispositivos ortopédicos

Esta cobertura se proporciona para prótesis externas médicamente necesarias, dispositivos ortopédicos, equipo médico duradero (para alquiler o compra) e implantes. Sin embargo, este beneficio debe ser coordinado y aprobado previamente por el Asegurador. Si el beneficio está autorizado, pero el Asegurado no adquiere el equipo o dispositivo especial a través del Asegurador, los gastos cubiertos se reembolsarán de acuerdo con las tarifas Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR), según lo autorizado previamente por el Asegurador.

Cobertura dental de emergencia

Se proporciona cobertura para el tratamiento dental de emergencia que es necesario para restaurar o reemplazar dientes, dañados o perdidos en un accidente cubierto. Este tratamiento se debe llevar a cabo dentro de los ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de dicho accidente para estar cubierto por esta póliza.

Fisioterapia y rehabilitación

Las sesiones de tratamiento estarán cubiertas hasta un beneficio máximo de diez mil dólares (USD \$10,000) por Asegurado, por año póliza, para condiciones ambulatorias y el 100% UCR para hospitalización dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services y 80% UCR fuera de la red, siempre que el tratamiento haya sido indicado y certificado por el médico tratante. Es médicamente necesario para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y se ha recetado en el lugar de la hospitalización. Todos los tratamientos deben ser notificados con anticipación para obtener la autorización previa del Asegurador o el beneficio puede ser negado.

La fisioterapia y la rehabilitación solo se autorizarán en incrementos de hasta treinta (30) días, por lo tanto, los tratamientos que excedan los treinta (30) días deben recibir una nueva notificación para obtener una nueva autorización del Asegurador en ese momento. En todos los casos, se requiere evidencia actualizada de necesidad médica y un plan de tratamiento por adelantado para obtener cada aprobación.

Terapias Especiales / Alternativas

Terapia de lenguaje

Los beneficios máximos para la cobertura de terapia de lenguaje son de mil quinientos dólares (USD \$1,500).

Consultas Psiquiátricas / Psicólogo

Esta póliza otorga cobertura para 10 visitas al año 100% URC para consultas Psiquiátricas / Psicólogo.

Servicios preventivos y adicionales

Chequeos médicos de rutina anual

El beneficio máximo para un Asegurado de dieciocho (18) años o más para los exámenes médicos de rutina, que incluyen pruebas de laboratorio, imagenología, vacunas y cualquier otro gasto médico relacionado con el chequeo es de doscientos cincuenta dólares (USD \$250) por Asegurado por año póliza. Se puede utilizar un máximo de setenta y cinco dólares (USD \$75) dentro de este beneficio para un chequeo dental preventivo después de un período de espera de doce (12) meses.

No se aplica deducible.

Chequeo médico de rutina anual para menores de edad / Inmunizaciones

El beneficio máximo para los exámenes médicos de rutina para niños menores, que incluyen pruebas de laboratorio, imagenología, vacunas y cualquier otro gasto médico relacionado con el chequeo es el siguiente:

- a) Antes del primer cumpleaños de un recién nacido, se cubre un máximo de hasta setenta y cinco dólares (USD \$75) por visita, hasta cinco (5) chequeos médicos generales.
- b) A partir del primer cumpleaños de un niño y hasta la edad de diecisiete (17) años, se cubre un máximo de ciento cincuenta dólares (USD \$150) por Asegurado por año póliza.

No se aplica deducible.

Maternidad (Disponible para las opciones I y II)

Servicios de maternidad

- a) El beneficio para maternidad es de cinco mil dólares (USD \$5,000) para parto normal y de seis mil dólares (USD \$6,000) para cesárea, por maternidad cubierta. No obstante, el tratamiento pre y postnatal siempre estará limitado a esta cantidad.
- b) Un embarazo cubierto siempre tendrá un período de espera de dieciocho (18) meses, incluso si el período de espera de noventa (90) días para la cobertura bajo esta póliza ha sido renunciado. Cualquier servicio relacionado con una maternidad que ocurra antes del período de espera de dieciocho (18) meses no tiene cobertura.
- c) Para parejas domesticas del mismo sexo aseguradas bajo la misma póliza, solo está disponible una

maternidad cubierta por año póliza.

- d) Las hijas dependientes tendrán cobertura bajo este beneficio de un máximo de ochocientos dólares (USD \$800) para parto normal y mil dólares (USD \$1,000) para cesárea. Siempre y cuando cumplan con el período de espera de dieciocho (18) meses. Complicaciones de Maternidad no está disponible para hijas dependientes.
- e) El beneficio máximo de atención de maternidad incluye: parto normal, parto por cesárea electiva, tratamiento pre y postnatal.

Para determinar si un proveedor es miembro de la Red de Proveedores LOYAL USA Major Medical Services, el Asegurado debe contactar al Asegurador directamente antes de recibir cualquier servicio médico. Como la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso, se recomienda obtener la lista actualizada de proveedores afiliados a la red directamente del Asegurador cuando busque atención de un proveedor.

No se aplica deducible.

Complicaciones de la maternidad y/o complicaciones de nacimiento

Las complicaciones de maternidad y/o complicaciones de nacimiento, según se define en esta póliza, tienen un beneficio máximo de ciento cincuenta mil dólares (USD \$150,000) de por vida por año póliza, una vez que se haya cumplido un período de espera de dieciocho (18) meses.

Este beneficio solo se aplica a aquellos asegurados nacidos de una maternidad cubierta, como se define en esta póliza, e incluye cualquier beneficio ya pagado bajo cualquier otro plan y/o cláusula adicional de maternidad proporcionada por el Asegurador o cualquier afiliado.

La cobertura bajo este beneficio no se proporciona para un embarazo que sea el resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, no tendrá cobertura.

Preservación de células madre del cordón umbilical

Los costos de extracción y un (1) año de conservación de las células madre del cordón umbilical están cubiertos hasta un beneficio máximo de mil dólares (USD \$1,000) por maternidad cubierta, como se define en esta póliza.

No se aplica deducible.

Servicios de transportación

Transporte de emergencia (por aire o ambulancia terrestre) al hospital más cercano donde el Asegurado pueda recibir el tratamiento adecuado por personal calificado, solo está cubierto:

- a) Si el transporte de emergencia está relacionado con una afección médica cubierta o un accidente para el que no se puede proporcionar tratamiento en el área o lugar donde se encuentra el paciente o donde ocurrió el accidente.
- b) Si el transporte de emergencia es médicamente necesario.
- c) Si el transporte por cualquier otro medio probablemente resulte en pérdida de vidas, integridad física o

la viabilidad de cualquiera de los órganos del Asegurado.

- d) Si el transporte de emergencia tiene a bordo equipos e instrumentos médicos especializados, un equipo capacitado en transportes médicos de emergencia y es operado por una compañía con licencia legal y autorizada para proporcionar servicios de ambulancia.
- e) El servicio de transporte terrestre se debe notificar, coordinar y aprobar previamente por el Asegurador. Este servicio será cubierto cien por ciento (100%) UCR. No se aplica deducible.
- f) El beneficio máximo de ambulancia aérea es de cuarenta y cinco mil dólares (USD \$45,000) por Asegurado por año póliza. No se aplica deducible.
- g) Si el Asegurado está de acuerdo en mantener al Asegurador y a cualquier compañía afiliada al Asegurador, indemnes de cualquier negligencia resultante de dichos servicios, o por retrasos o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales, o por el piloto, o la aerolínea, o debido a condiciones de mal tiempo o cualquier otra causa fuera del control del Asegurador.
- h) Asistencia de viaje de regreso al país de residencia si es evacuado, para el paciente y un acompañante, están cubiertos hasta un máximo de mil dólares (USD \$1,000) para el Asegurado y el boleto de regreso del acompañante, a donde el Asegurado fue evacuado o su país de residencia, siempre que se realice dentro de los noventa (90) días de alta y es coordinado por el Asegurador.

Repatriación de restos mortales o servicios de cremación

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, el Asegurador pagará hasta diez mil dólares (USD \$10,000), siempre y cuando sea preaprobado.

La repatriación de los restos del fallecido a su país de residencia, o los gastos relacionados con el servicio de cremación de los restos mortales. Este beneficio solo está cubierto si la muerte del Asegurado es resultado de un accidente o condición cubierta.

La cobertura se limita solo a los servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del difunto o para los servicios de cremación y transportarlo a su país de residencia.

Otros beneficios y servicios

Cobertura gratuita para dependientes después del fallecimiento del titular

En caso de fallecimiento del titular de la póliza, cualquier dependiente cubierto por la póliza tendrá cobertura gratuita por un período de ocho (8) meses, posterior al último período pagado de la póliza, y siempre que la causa de la muerte se deba a una condición o accidente cubierto por esta póliza.

Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años

El beneficio máximo para una condición congénita y/o hereditaria, según se define en esta póliza, que se manifieste por primera vez antes de los 18 años, de un Asegurado nacido dentro de una maternidad cubierta, es de cincuenta mil dólares (USD \$50,000) de por vida dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services.

Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas a partir de los 18 años

El beneficio máximo para una condición congénita y/o hereditaria, según se define en esta póliza, que se manifieste por primera vez a partir de los 18 años, es de cien mil dólares (USD \$100,000) de por vida dentro de la Red LOYAL USA Major Medical Services.

Procedimientos de trasplante (Incluido para la Opción I. Endoso para Opciones: II, III, IV, V y VI):

El beneficio máximo de por vida para los servicios de trasplante de órgano(s)/tejido, es de hasta doscientos mil dólares (USD \$200,000) por órgano(s)/tejido, por Asegurado. Este beneficio de trasplante comienza una vez que un médico determina la necesidad de trasplante y está sujeto a todos los términos, disposiciones y exclusiones de la póliza. El Asegurado debe notificar al Asegurador tan pronto como se sepa que es candidato para un trasplante, para que el Asegurador pueda coordinar y aprobar previamente el trasplante. El tratamiento y los servicios prestados en relación con un trasplante no estarán cubiertos si el Asegurador no fue notificado por adelantado o no se dio la aprobación previa para el tratamiento o los servicios.

De conformidad con las disposiciones de esta póliza, el Asegurador se reserva el derecho de presentar la documentación médica relacionada con el trasplante para una segunda opinión médica a uno o más especialistas en trasplantes para establecer la necesidad médica de dicho trasplante.

La cobertura de este beneficio incluye:

- a) Tratamiento, procedimientos, servicios y suministros médicamente necesarios en relación con un trasplante de órganos/tejidos, previamente autorizado.
- b) Toda la atención previa al trasplante, que incluye aquellos servicios directamente relacionados con una evaluación de la necesidad de trasplante, la evaluación y preparación del Asegurado para el procedimiento de trasplante de trasplante.
- c) Todo estudio pre quirúrgico, incluidas todas las pruebas de laboratorio y exámenes de rayos X, tomografías computarizadas, resonancia magnética (MRI), ultrasonidos, biopsias, medicamentos recetados y suministros.
- d) El costo de la obtención de órganos, el transporte, la extracción y los gastos del donante, están cubiertos hasta un máximo de treinta mil dólares (USD \$30,000) para un donante vivo y que se incluyen dentro del beneficio máximo de trasplante de por vida.
- e) El procedimiento para trasplantar los órganos/tejidos.
- f) Toda la atención posterior al trasplante directamente relacionada con el trasplante, que incluye, entre otros, cualquier seguimiento, tratamiento médicamente necesario como resultado del trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de trasplante, ya sea una consecuencia directa o indirecta del trasplante. Estos pueden incluir atención médica a domicilio, atención de enfermería, transporte de emergencia, visitas a clínicas o consultorios, transfusiones y suministros.
- g) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para garantizar la viabilidad y la permanencia de los órganos/tejidos trasplantados.

EXCLUSIONES

1. Esta póliza no cubre las causas, complicaciones o tratamientos relacionados con:
 - a) Cualquier tratamiento, lesión, enfermedad o cargos derivados de cualquier servicio o suministro, que no sea médicamente necesario
 - b) El cuidado por un médico o profesional no legalmente calificado.
 - c) Tratamiento no autorizado por un médico o profesional legalmente calificado.
 - d) Cualquier gasto relacionado con la terapia recreativa o educativa.
2. Cualquier cuidado o tratamiento para lesiones o enfermedades auto infligidas, suicidio, suicidio fallido, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilícitas controladas, estar bajo la influencia del alcohol o drogas, peleas o actos delictivos en los que el Asegurado participe de manera gravemente negligente, a menos que actúe en legítima defensa, cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios antes mencionados.
3. Exámenes de rutina de los ojos, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir trastornos de refracción ocular. Exámenes de rutina de los oídos, aparatos auditivos, implantes cocleares o cualquier otro implante quirúrgico para audición.
4. La emisión de certificados médicos y exámenes en cuanto a la idoneidad del Asegurado para el empleo o el viaje, excepto como se describe en esta póliza bajo "Chequeos médicos de rutina anual".
5. Cualquier cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa similar no reconocida por la FDA, excepto como se describe en esta póliza en "Terapias especial y alternativas".
6. Cualquier enfermedad o lesión no causada por un accidente o enfermedad, enfermedad de origen infeccioso, que se manifieste por primera vez dentro de los primeros noventa (90) días de la fecha de efectividad de la póliza.
7. Cirugía cosmética o tratamiento médico cuyo objetivo principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario por lesión, deformidad o enfermedad cubierta por esta póliza. Cualquier tratamiento quirúrgico para la deformidad del tabique nasal que no haya sido inducido por un accidente o trauma, complicaciones, efectos secundarios o consecuencias que surjan de un procedimiento cosmético o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, excepto según lo dispuesto específicamente en esta póliza para "Cirugía reconstructiva en caso de accidente o malformaciones nasales sobre el septum"
8. Cualquier gasto relacionado a condiciones preexistentes según se define en esta póliza, incluidas las complicaciones y/o tratamientos relacionados con cualquier condición individualmente excluida o excluida bajo las condiciones de la póliza.
9. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté reconocido científicamente o médicamente para el tratamiento prescrito, o que se considere como uso fuera de etiqueta, experimental, o está todavía en la fase investigativa o de ensayo clínico y no está aprobado para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, incluyendo cualquier servicio médico derivado del tratamiento, así como sus complicaciones.
10. Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento de la apnea del sueño, el síndrome de fatiga crónica y cualquier otro trastorno del sueño.

11. Cualquier gasto que exceda el gasto usual, acostumbrado y razonable, según se define en esta póliza.
12. Cualquier gasto por tratamiento de infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, control de natalidad, subrogación, afecciones sufridas por la madre o un recién nacido como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida, esterilización masculina o femenina, reversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual y tratamientos o prótesis para mejorar o restaurar la disfunción sexual o las deficiencias, incluso si los tratamientos o la prótesis son secundarios a una afección cubierta.
13. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH positivo) o enfermedades manifestadas como consecuencia del SIDA/VIH, excepto lo dispuesto específicamente en esta póliza.
14. Gastos relacionados por el Virus del Papiloma Humano (VPH), herpes genital, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.
15. Cualquier tratamiento no quirúrgico de enfermedades de los pies (callos, callosidades, juanetes, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y otros trastornos sintomáticos de los pies) que incluyen, entre otros, pedicuras, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros zapatos e insertos de cualquier tipo o forma.
16. Cualquier gasto, servicio o tratamiento para la obesidad, control de peso, para perder o aumentar de peso, y alteraciones del crecimiento de la talla corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, excepto como se describe en esta póliza en "Cirugía bariátrica, de bypass gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos".
17. Cualquier tratamiento mediante un estimulador del crecimiento óseo, cualquier gasto relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente del motivo de la prescripción, así como cualquier tratamiento relacionado con los trastornos del crecimiento.
18. Cualquier gasto por tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta, pero sin limitarse a cualquier servicio, prueba, tratamiento, medicamento y/o procedimiento, incluido el embarazo resultante, las complicaciones del embarazo, antes y después del parto y la atención del parto.
19. Cualquier gasto por complicaciones de maternidad y complicaciones de nacimiento, excepto como se describe en esta póliza en "Complicaciones de maternidad y/o complicaciones de nacimiento".
20. Cualquier terminación inducida voluntariamente del embarazo, a menos que exista un peligro inminente para la vida de la madre.
21. Cualquier enfermedad congénita o enfermedad hereditaria, excepto como se describe en esta póliza en "Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas antes de los 18 años" y "Condiciones congénitas y hereditarias diagnosticadas a partir de los 18 años".
22. Tratamiento dental o tratamiento de ortodoncia, excepto según lo establecido específicamente en las disposiciones de esta póliza; Tratamiento del maxilar superior, la mandíbula o los trastornos de la articulación de la mandíbula, que incluyen, entre otros, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craneo mandibulares u otras afecciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula que une el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de la mandíbula, músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

23. Cualquier tratamiento de lesiones sufridas mientras el Asegurado está sirviendo como miembro de una unidad policial, militar, surgiendo directa o indirectamente, mientras participa en una guerra, motín, rebelión, revolución, un acto de terrorismo, conmoción civil, huelga, alteración del orden público o cualquier actividad ilegal, evento o acto similar, incluido el encarcelamiento resultante.
24. Cualquier admisión en un hospital durante más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada, a menos que el Asegurador lo autorice por escrito.
25. Cualquier tratamiento prestado por un miembro de la familia inmediata, incluidos, entre otros, el cónyuge, los padres, los hermanos, las hermanas y los hijos o por otra persona que resida regularmente en el hogar del Asegurado, así como cualquier tratamiento proporcionado en cualquier entidad o instalación de propiedad o bajo la operación o supervisión del Asegurado o un familiar inmediato, excepto los aprobados previamente por el Asegurador.
26. Cualquier medicamento de venta libre o medicamentos sin receta, cualquier suplemento dietético y/o nutricional, supresor del apetito, medicamentos antienvjecimiento, vitaminas, suplementos alimenticios, medicamentos o tratamiento para la regeneración del cabello, o cualquier medicamento para una afección no cubierta por esta póliza. Cualquier reabastecimiento que sea superior al número de reabastecimientos ordenados por el médico o que se realice más de un año después de que se escribió la última receta.
27. Cualquier gasto relacionado a la adquisición e implantación de un corazón artificial, dispositivos mono o bi-ventriculares, otros órganos artificiales o animales y todos los gastos relacionados con la crio preservación o almacenamiento de tejido o células madre que duren más de veinticuatro (24) horas (excepto para pruebas de laboratorio y como se especifica en esta póliza bajo "maternidad"). Equipo personal de riñón artificial para uso doméstico y todos los gastos relacionados.
28. Cualquier tratamiento, servicio o suministro relacionado a los procedimientos de trasplante, que incluyen, entre otros, el trasplante de órganos, células o tejidos humanos, artificiales o animales, excepto como se describe en esta póliza en "procedimientos de trasplante".
29. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con contaminación, radiactividad de cualquier material nuclear, energía nuclear, desechos, la combustión de dispositivos nucleares, así como terapia de rayos X o tratamiento de radioterapia sin supervisión médica.
30. Cualquier gasto relacionado a la reparación, pérdida o reemplazo de equipos médicos dañados (a menos que el ciclo de vida del producto haya expirado) y cualquier gasto relacionado con la duplicación de equipos médicos, que tiene la misma función o propósito. Adaptaciones a cualquier área residencial o vehículo para permitir el uso de equipo médico o para la conveniencia del Asegurado como resultado de una enfermedad o lesión.
31. Tratamientos, servicios y/o suministros provistos por centros que son instituciones mentales, hogares de ancianos, centros de vida asistida, centros de atención a largo plazo, gimnasios, spas de salud y spas de terapia de agua.
32. Cualquier tratamiento o gastos incurridos en una instalación gubernamental o privada en la que la persona tendría derecho a recibir atención gratuita, así como a servicios o tratamientos por los cuales el pago no tendría que hacerse si no hubiera cobertura de seguro. Esto incluye los gastos de los procedimientos en instituciones que reciben fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para el procedimiento en cuestión.
33. Gastos derivados de cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y vacunas, medicamentos o tratamiento preventivo o relacionado con cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.

34. Todos los servicios médicos que se brindan, en los casos en que un tercero esté obligado a cubrir los beneficios del Asegurado, de conformidad con un contrato o en virtud de responsabilidad civil.
35. Cualquier gasto o reclamo ocasionado por tratamientos, servicios o suministros prestados en países, para beneficio de personas y/o compañías sujetas a sanciones económicas o políticas, restricciones comerciales y/o embargos establecidos por el gobierno de los Estados Unidos, el Reino Unido, la Unión Europea, o por cualquiera de sus agencias u organismo de control de activos.

DEFINICIONES

Accidente

Cualquier evento repentino, imprevisto y no intencional producido exclusivamente por una causa externa sin la intención del Asegurado, como resultado directo e independiente de otras causas, y que resulta en lesiones corporales o trauma al Asegurado.

Accidente grave

Cualquier evento repentino, imprevisto y no intencional producido exclusivamente por una causa externa sin la intención del Asegurado, que resulte directa e independientemente de otras causas, y que resulte en lesiones corporales o trauma al Asegurado, causando hospitalización inmediata de más de veinticuatro (24) horas para evitar pérdida de vidas o integridad física.

Actividades peligrosas y/o profesionales

Actividades que aumentan el riesgo de accidentes o incluso la muerte de la persona que las practica. Ejemplos de actividades peligrosas y/o profesionales incluyen, pero no están limitadas a buceo, escalada, montañismo, paracaidismo, salto de caída libre, parapente, para vela, deportes de motor o ciclismo de montaña.

Agente

Un agente designado por el titular de la póliza para representar y administrar la póliza de seguro de salud para el titular de la póliza. El agente registrado está autorizado a recibir copias de todas las comunicaciones de la póliza, incluidas todas las cotizaciones, pólizas, avisos, reclamos e información médica asegurada en nombre de cualquier Asegurado en la póliza.

Ambulancia aérea

Transporte aéreo de emergencia con personal capacitado y el equipo médico necesario para transportar a un Asegurado desde el hospital donde la persona ingresa al hospital más cercano organizado por el Asegurador donde se puede proporcionar el tratamiento.

Ambulancia terrestre

Transporte terrestre con personal capacitado y el equipo médico necesario para transportar personas heridas o enfermas.

Año de póliza

El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de entrada en vigencia de la póliza y cualquier período posterior de doce (12) meses a partir de entonces.

Asegurado

El término "Asegurado" se refiere al titular de la póliza y/o dependientes elegibles una vez que el Aseguradora haya aprobado la cobertura.

Asegurador

La compañía de seguros, Loyal Insurance Group, que emite una póliza de seguro de salud a un Asegurado y es responsable de la indemnización de los beneficios de la póliza.

Beneficiario

Una persona asignada por el titular de la póliza en la solicitud o en un testamento legal para recibir cualquier reembolso médico cubierto pendiente en la muerte del Asegurado.

Células madre

Células madre adultas (células hematopoyéticas) que se obtienen de la sangre del cordón umbilical en el momento del parto y se almacenan mediante crio preservación.

Certificado de cobertura

Un documento incluido como parte del contrato de la póliza, que enumera todas las personas cubiertas por la póliza con cada uno de sus períodos de cobertura efectiva y cualquier condición específica, y/o limitaciones de cobertura que cada una pueda tener.

Cirugía profiláctica

Cirugía para extraer un órgano o glándula que no muestra signos de cáncer, en un intento por prevenir el desarrollo de cáncer de ese órgano o glándula. La cirugía profiláctica a veces es elegida por personas que saben que tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer.

Cobertura dental de emergencia

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

Complicaciones de la maternidad

Cualquier servicio, tratamiento o patología relacionada con el curso anormal del embarazo y/o parto. Esto incluye lo siguiente: nefritis aguda, nefrosis, insuficiencia cardíaca, preclamsia, embarazo ectópico, diabetes gestacional, interrupción del embarazo que requiere intervención médica debido a la muerte fetal y el final espontáneo de un embarazo en una etapa donde el embrión o el feto se encuentra incapaz de sobrevivir de forma independiente.

A los fines de esta póliza, las siguientes no se consideran complicaciones de la maternidad: cesárea electiva o cesárea después de una cesárea, manchado o descanso prescrito por un médico durante

el embarazo, los síntomas normales y habituales resultantes del embarazo, servicio o tratamiento de una enfermedad crónica no relacionada con el embarazo, incluso durante el período de gestación, un tratamiento específico debido a complicaciones del embarazo que fueron el resultado de tratamientos de fertilidad y complicaciones del embarazo cuando el embarazo no está cubierto por la póliza.

Complicaciones de nacimiento

Cualquier trastorno relacionado con el nacimiento de un recién nacido (no causado por factores genéticos), manifestado durante los primeros treinta (30) días de vida, incluidos, entre otros, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, parto prematuro, dificultad respiratoria y trauma al nacer.

Condición congénita

Cualquier condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal que se adquirió durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, ya sea evidente antes del nacimiento, en el momento del nacimiento o si se manifiesta más tarde, independientemente de su causa.

Condición de origen infeccioso

Cualquier condición o enfermedad causada por microorganismos patógenos, como bacterias, virus, parásitos u hongos, que pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra.

Condición preexistente

Cualquier condición que haya sido diagnosticada por un médico antes de la fecha de efectividad de la póliza o su restablecimiento, cualquier condición por la cual se consultó a un médico y se recomendó o recibió tratamiento médico antes de la fecha de efectividad de la póliza o su restablecimiento, cualquier condición, síntoma o suceso que, si se hubiera presentado a un médico antes de la fecha de efectividad de la póliza o la fecha de su restablecimiento, hubiera resultado en el diagnóstico de una enfermedad o trastorno.

Condiciones hereditarias

Enfermedades o características transmitidas genéticamente de padres a hijos y cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación.

Cuidado de custodia

Servicios prestados que no requieren las habilidades de un profesional y que incluyen, entre otros, asistencia personal con las actividades de la vida diaria. Las actividades de la vida diaria incluyen, pero no se limitan a: transferencia (caminar), bañarse, vestirse, comer, ir al baño e incontinencia.

Cuidados paliativos o de hospicio

Atención médica para pacientes con enfermedades crónicas que padecen una afección potencialmente mortal, que no mejora con el tratamiento.

Deducible

La parte de los gastos cubiertos, como se explica en la "Responsabilidad compartida del Asegurado", que debe pagar el Asegurado antes de que el Asegurador comience a emitir los pagos.

Dependiente

Persona asegurada según la póliza, que no es el titular de la misma, y que fue aprobada según los requisitos de la póliza, como cónyuge, pareja doméstica o hijo del titular de la póliza.

Donante vivo

Una persona viva que dona un órgano, célula o tejido para ser trasplantado al cuerpo de otra persona o receptor, a quien corresponde antigénicamente. La persona debe ser capaz de vivir sin el órgano, la célula o el tejido trasplantado.

Emergencia

Una enfermedad o accidente agudo repentino e imprevisto de suficiente gravedad, cubierto por la póliza, de modo que la ausencia de atención médica inmediata podría poner en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado.

Endoso

Un documento agregado a la póliza por el Asegurador, que modifica la póliza y proporciona cobertura opcional adicional.

Enfermedad

Cualquier síntoma o trastorno relacionado con la salud que afecte al cuerpo humano y que requiera atención médica.

Enfermero

Una persona con licencia legal de la jurisdicción local para brindar atención de enfermería a los pacientes.

Enmienda

Un documento agregado a la póliza por el Asegurador que aclara, explica o modifica los términos y condiciones de la póliza.

Equipo médico duradero

Cualquier equipo médico que brinde beneficios terapéuticos a una persona necesitada debido a ciertas afecciones médicas y/o enfermedades y esté diseñado para uso continuo. Esto incluye, entre otros, sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores y muletas. Esto no incluye artículos de confort como ascensores, bañeras de hidromasaje, equipos para hacer ejercicio, accesorios para teléfonos, etc.

Exclusión

Eliminación total de la cobertura de la póliza de un beneficio, afección médica, suministro o servicio,

así como sus causas y/o consecuencias.

Experimental o de investigación

Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que:

- a) En el momento en que se proporciona, no cumple con las normas generalmente aceptadas por la comunidad médica en los Estados Unidos.
- b) En el momento en que se proporciona, no ha sido aprobada para la Aplicación específica por la FDA o cualquier otra agencia federal aplicable del gobierno de los EE. UU., Cuya aprobación se requiere, independientemente de la ubicación donde se incurra en los gastos médicos.
- c) Diagnóstico específico, que no muestra un resultado claro y beneficioso para la salud de uno bajo investigación clínica controlada publicada en literatura médica y revisada por otros profesionales de la misma especialidad.
- d) El consenso de opinión entre los expertos es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su efectividad en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Fecha de aniversario

La ocurrencia anual de la fecha de vigencia de la póliza.

Fecha de inicio de la póliza

La fecha en que la póliza entra en vigencia como se indica en el "Certificado de Cobertura". Esta fecha solo será efectiva después de la entrega de la póliza de seguro al Asegurado y el vencimiento del derecho de diez (10) días para examinar la póliza, durante el cual el Asegurado se reserva el derecho de examinar y devolver la póliza para obtener un reembolso completo.

Fecha de renovación

La fecha de aniversario de la póliza cuando sus beneficios y cobertura, terminan de acuerdo con las disposiciones de esta póliza y cuando vence el pago total de la prima.

Fecha de vencimiento

La fecha de vencimiento de la prima total del seguro y pagadera por el período correspondiente. En la fecha de vencimiento, todos los beneficios y la cobertura de la póliza finalizan de acuerdo con las disposiciones de esta póliza.

Fecha efectiva

La fecha indicada en el certificado de cobertura, en la que comienza la cobertura de esta póliza.

Gastos cubiertos

Los gastos cubiertos se definen en "Beneficios y gastos cubiertos".

Habitación privada

Una habitación estándar de hospital equipada para alojar a un paciente.

Habitación semiprivada

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

Hospital

Cualquier institución que tenga licencia legal como centro médico o quirúrgico en el país en el que se encuentra, y que sea:

- a) Principalmente dedicado a proporcionar servicios clínicos y quirúrgicos para personas lesionadas o enfermas bajo la supervisión de un profesional médico.
- b) No es un lugar de descanso, hogar de ancianos o convalecientes o institución, un hospicio o un centro de atención a largo plazo.

Hospitalización

Admisión del Asegurado a un hospital por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La gravedad de la enfermedad o afección debe justificar la necesidad médica de hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

Lesión

Daño físico o daño infligido al cuerpo.

Maternidad cubierta

Beneficio que la póliza brinda de atención de maternidad, si la fecha real de nacimiento ocurre al menos dieciocho (18) meses después de la fecha de vigencia de la cobertura. Este periodo de espera de dieciocho (18) meses calendario se aplicará independientemente de si se ha renunciado al periodo de espera general bajo esta póliza.

Medicamento necesario

Un servicio médico, suministro, equipo, medicamentos recetados o admisión en el hospital que:

- a) Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de un Asegurado
- b) No exceder el alcance, la duración o la intensidad del nivel de atención necesario para proporcionar un diagnóstico y/o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Ha sido recetado por un médico.
- d) Es consistente con las normas profesionales aceptadas dentro del alcance médico de la práctica en los Estados Unidos.

El ascenso de habitación privada estándar a una suite o suite junior únicamente para la conveniencia del Asegurado, la familia del Asegurado y/o los proveedores médicos no se considerarán médicamente necesarios.

Médico

Profesional con licencia legal y registrado para practicar medicina en el país y la jurisdicción local donde se brinda tratamiento mientras actúa dentro del alcance de su especialidad de práctica. El término "médico" también incluirá a profesionales con licencia legal y registrados de manera similar para ejercer la odontología.

País de residencia

El país en el que reside el Asegurado la mayoría del año calendario o año de la póliza, o donde el Asegurado ha residido durante más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.

Periodo de espera

Período específico de tiempos asignados por el Asegurador, en el cual cualquier condición o síntoma que se manifieste por primera vez durante este período será excluido permanentemente bajo la póliza, a menos que se indique lo contrario.

Periodo de gracia

El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza durante la cual la póliza puede renovarse.

Prescripción médica

Un medicamento, cuyo uso o venta está legalmente limitado a la orden de un médico autorizado.

Proveedor

Aquellos hospitales, clínicas, centros de atención urgente, centros de diagnóstico, médicos, farmacias y cualquier instalación que brinde servicios médicos legalmente autorizados.

Pruebas de diagnóstico

Procedimientos y estudios médicamente necesarios utilizados para diagnosticar o tratar afecciones médicas, incluidos, entre otros: Resonancia Magnética, Tomografía computarizada, Endoscopia, Colonoscopia, Cistoscopia, Prueba de Esfuerzo, Patología, Rayos X y Ultrasonido.

Red de proveedores

Grupo de proveedores de atención médica afiliados al Asegurador y/o al administrador de la red para un plan de seguro específico.

Red de proveedores de maternidad

Grupo de proveedores de atención médica afiliados al Asegurador y/o al administrador de la red para la gestión de una maternidad cubierta.

Red de proveedores especiales

Grupo de proveedores de atención médica afiliados al Asegurador y/o al administrador de la red para obtener un beneficio específico.

Segunda opinión médica

La opinión de un médico diferente al que actualmente trata al Asegurado.

Servicios ambulatorios

Tratamiento o servicios prestados que no requieren hospitalización.

Servicios hospitalarios

Cualquier tratamiento médico proporcionado al Asegurado en un hospital. Los servicios hospitalarios comprenden los cargos para el personal hospitalario, la habitación y comida estándar, privada o semiprivada y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado, que ingresa en un hospital. El servicio de enfermería privado y el ascenso de categoría de habitación privada estándar a suite o junior suite no están incluidos en los servicios hospitalarios.

Socio doméstico

Parejas solteras del mismo sexo o del sexo opuesto, que viven juntas y comparten una vida doméstica común, y quienes tienen una Sociedad Doméstica bajo el derecho estatutario o común de su País de Residencia.

Solicitante

La persona que completa y firma la planilla de solicitud de seguro.

Solicitud

Declaraciones escritas completadas y firmadas, de forma manual o electrónica, de buena fe por el solicitante en el formulario proporcionado por el Asegurador, sobre ellos y sus dependientes, si los hay, y que se utilizan para determinar la asegurabilidad del solicitante y sus dependientes.

La solicitud de seguro de salud incluye cualquier cuestionario de historial médico, declaraciones verbales hechas por el solicitante durante una entrevista médica realizada por el Asegurador y otros documentos proporcionados o solicitados por el Asegurador, que formarán parte del contrato de póliza entre las partes, una vez que la solicitud este aprobada.

Sustancias ilícitas

Aquellos productos farmacéuticos o químicos similares definidos por el gobierno federal de los EE. UU. como ilegales para procesar, vender, comprar o consumir (como la cocaína), aquellos medicamentos recetados que se usan para un propósito que no sea el específicamente autorizado por la FDA (como Oxycontin, si no se usa según lo prescrito específicamente para aliviar el dolor), o el uso de otros productos químicos que se venden tradicionalmente para otros fines, pero se usan en un manera ilícita (como beber alcohol isopropílico).

Tenedor de una póliza

La persona que tiene al menos dieciocho (18) años y menos o igual a setenta y cinco (75) años al momento de contratar el seguro, que se compromete a pagar la prima correspondiente, tiene derecho a recibir el pago de la cobertura gastos bajo esta póliza y quién ejerce los derechos de los asegurados contra el Asegurador.

Trasplante

Un procedimiento, que es médicamente necesario, mediante el cual los órganos, tejidos o células se trasplantan quirúrgicamente de un donante vivo o fallecido al receptor o de una parte del cuerpo a otra.

USD, USD \$\$, Dólares, Dólares Americanos, Dólares Estadounidenses

Todos se refieren a la moneda de los Estados Unidos de América.

Usual, acostumbrado y razonable (UCR)

Gasto promedio cobrado por los servicios médicos prestados en la misma área geográfica, por proveedores de la misma categoría o equivalentes a aquellos donde se atendió al Asegurado.

Los honorarios usuales, acostumbrado y razonables son definidos por el equipo médico del Asegurador en función de la revisión periódica de los costos vigentes para un servicio médico en particular en la misma área geográfica o previamente se han determinado en acuerdos negociados directamente con los proveedores.

Esta tarifa usual, acostumbrado y razonable es la cantidad máxima que el Asegurador se considerará elegible para el pago de un beneficio bajo esta Póliza.

ADMINISTRACIÓN

CONDICIONES GENERALES

Acceso a la información

El Asegurador tiene el derecho de recibir toda la información necesaria relacionada con el Asegurado de cualquier proveedor de atención médica, persona o compañía que facilite la emisión y administración de cobertura y/o beneficios bajo este contrato de la póliza. Como tal, el Asegurado autoriza al Asegurador a solicitar y copiar toda la información pertinente a su cobertura bajo esta póliza y deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para obtener esta información. Si el Asegurado no coopera con estos formularios, la póliza puede ser rechazada o el reclamo puede ser retrasado o denegado. En última instancia, es responsabilidad del Asegurado obtener y asegurarse de que el Asegurador reciba todos los hechos, registros e informes relacionados con la atención, el tratamiento y la condición física o mental del Asegurado, si el Asegurador no puede obtener la información por sí solo.

Autoridad

Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario autorizado del Asegurador, tiene la autoridad para modificar la póliza, renunciar a cualquiera de sus términos y condiciones, u obligar al Asegurador de cualquier manera que no esté expresamente establecida en este documento. Después de la emisión, las modificaciones a la póliza no serán válidas a menos que se demuestre por escrito una enmienda a la póliza con la aprobación y firma de un funcionario autorizado del Asegurador.

Confidencialidad y autorización de entrega de información médica

La información médica y de salud de un Asegurado recibida por el Asegurador se mantendrá confidencial. Esta información no se divulgará a terceros sin el consentimiento por escrito del Asegurado, excepto cuando sea razonablemente necesario en relación con la administración de la cobertura y/o los beneficios de esta póliza. Como tal, el Asegurador puede divulgar esta información a entidades afiliadas al Asegurador, así como a proveedores de atención médica involucrados en el cuidado del Asegurado.

Al aceptar este contrato de la póliza, el titular de la póliza otorga su consentimiento por escrito al agente de la póliza para acceder a toda la información médica confidencial y de salud (pasada, presente y futura) en nombre de todos los asegurados en virtud de esta póliza. El titular de la póliza ha acordado, en nombre de sus dependientes y él mismo, que la información se pondrá a disposición del agente registrado para facilitar la transferencia de información entre el Asegurado y el Asegurador durante la administración de cualquier cobertura de póliza. Como tal, el Asegurador no necesitará el consentimiento por escrito del Asegurado cada vez que proporcione o entregue dicha información confidencial al Agente. El Asegurado acepta que, a su discreción, el Asegurador puede dar acceso a esta información al Agente de cualquier manera elegida por el Asegurador.

Contrato completo

Este contrato prevalecerá como bueno y válido, y reemplaza cualquier tipo de correspondencia, discusiones, acuerdos y/o negociaciones previas en relación con sus términos. El contrato completo entre el Asegurador y el titular de la póliza se establece dentro de los documentos que se enumeran a continuación y constituye el acuerdo completo y el acuerdo entre las partes, lo cual es vinculante para todos los asegurados cubiertos por esta póliza, el Asegurador y cualquier filial o afiliada del Asegurador:

- a) La póliza (este documento).
- b) La solicitud y el cuestionario de salud, debidamente firmados por el titular de la póliza, que se han utilizado para la suscripción, incluido cualquier examen médico que el Asegurador pudiera haber requerido en ciertos casos, entrevistas médicas telefónicas, así como cualquier otro documento necesario en el momento de solicitud o firma de la póliza.
- c) Cualquier documento que pueda requerirse para agregar nuevos dependientes elegibles a la póliza, para modificar el riesgo Asegurado o para reclamar el pago de beneficios bajo esta póliza.
- d) El Certificado de cobertura.
- e) Cualquier modificación si lo hubiera que modifique los términos y condiciones de la póliza.
- f) Endosos, en su caso, que puede incluir cobertura adicional.

En caso de discrepancia, las enmiendas y endosos prevalecerán sobre las disposiciones de las condiciones generales de la póliza.

La versión en inglés de esta póliza y el contrato prevalecerán y serán el contrato de control en caso de cualquier duda o disputa sobre esta póliza. Se proporciona una versión en español de esta póliza como cortesía para el Asegurado. Las versiones en inglés y español de esta Póliza pueden solicitarse directamente al Asegurador o a través del Agente.

Si se solicitan, todos los documentos pueden ser enviados en formato electrónico, sin embargo, el

Asegurado tiene derecho a solicitar copias impresas de estos documentos en cualquier momento.

Evidencia de cobertura

El Asegurador proporcionará al titular de la póliza la póliza, el certificado de cobertura y las tarjetas de identificación como evidencia de cobertura. Las tarjetas de identificación de ninguna manera crean o sirven para verificar la elegibilidad para recibir cobertura y beneficios bajo este contrato de la póliza. Las tarjetas de identificación son propiedad del Asegurador y deben destruirse inmediatamente después de la finalización de la cobertura.

Fraude

Si un Asegurado cometió o realizó un acto, práctica u omisión que constituye un fraude o ha hecho una tergiversación intencional de un hecho material al Asegurador, el Asegurador terminará esta póliza de inmediato y cualquier derecho de cobertura bajo esta póliza cesará para el Asegurado. Si se encuentra que las declaraciones en la solicitud del seguro de salud son tergiversaciones o están incompletas, y estas declaraciones le permitieron al Asegurador aprobar inicialmente la solicitud incorrectamente, entonces el Asegurador se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza para reflejar la información corregida. Ante la primera solicitud del Asegurador, el Asegurado reembolsará al Asegurador cualquier pago realizado por el Asegurador como resultado de una omisión, declaración incorrecta o negligencia del Asegurado.

Si el Asegurador encuentra que el Asegurado, un representante del Asegurado, una persona o instalación en colusión con el Asegurado, presenta una reclamación falsa por servicios médicos para recibir pagos de beneficios bajo esta póliza, el Asegurador puede rescindir, cancelar o modificar la póliza y nunca será responsable de dichos pagos de beneficios. En caso de que el Asegurador realice pagos de beneficios por este reclamo falso antes de identificar el fraude, el titular de la póliza será responsable de reembolsar al Asegurador por cualquier pago de beneficios realizados al titular de la póliza, o directamente a cualquier proveedor de atención médica como resultado de este reclamo, previa solicitud del Asegurador.

Condiciones preexistentes

Si se declaran en la solicitud, las condiciones preexistentes tendrán cobertura después de que el período de espera ha terminado, a menos que el Asegurador haya agregado, a través de una enmienda a la póliza, una limitación o exclusión para las condiciones.

Si no se declara en la solicitud, las condiciones preexistentes no se cubrirán en ningún momento durante la vigencia de la póliza. El Asegurador se reserva el derecho de modificar, rescindir o cancelar la póliza cuando no se declaren condiciones preexistentes en la solicitud, de conformidad con las disposiciones de esta póliza.

Cobertura del período de espera

Esta póliza incluye un período de espera de noventa (90) días que comienza en la fecha de vigencia de la póliza. Durante este período de tiempo, solo se cubrirán las condiciones o lesiones causadas por un accidente cubierto que ocurra durante este período, o una condición de origen infeccioso que se manifieste por primera vez durante este período. Cualquier condición o síntoma de un Asegurado que se

manifieste por primera vez durante este período de espera y no sea causada por un accidente cubierto o una condición de origen infeccioso se excluirá permanentemente de la póliza para ese Asegurado.

Renuncia a período de espera

El período de espera, a criterio exclusivo del Asegurador, se eliminará si:

- a) La presencia de cobertura de seguro médico previa se declara en la solicitud.
- b) El Asegurado prueba que, al momento de presentar la solicitud al Asegurador, él/ella estaba previamente Asegurado por un plan con cobertura médica internacional similar, que estuvo vigente durante al menos doce (12) meses continuos inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la nueva póliza propuesta.
- c) El Asegurador recibe una copia del recibo de pago de la prima del último año o aviso de renovación de la compañía de seguros anterior, así como una copia de la póliza anterior. Esto debe ser recibido por el Asegurador al momento de presentar la solicitud
- d) La solicitud se presenta al Asegurador dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización de la cobertura de la póliza anterior.

Si no se aplica el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición, que se manifestaron durante los primeros noventa (90) días de cobertura, se limitan permanentemente durante la vigencia de la póliza a la cobertura de menor beneficio proporcionada por esta póliza o la póliza anterior para esa condición.

PRIMA Y PÓLIZA

Cambio del país de residencia

Dentro de los primeros treinta (30) días de su ocurrencia, el Asegurado debe notificar al Asegurador por escrito sobre cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado. Este cambio de residencia puede resultar en la modificación de la cobertura bajo la póliza, la cancelación de la póliza o un ajuste a la prima y/o Deducible basado en el área geográfica. Si no se notifica al Asegurador sobre cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado, se puede modificar o cancelar la póliza a discreción del Asegurador.

Cambio del plan o deducible

El titular de la póliza puede solicitar cambiar el plan o el deducible de la póliza antes de la fecha de renovación de la póliza. El cambio solicitado debe presentarse por escrito junto con el formulario de solicitud de cambio del Aseguradora y puede estar sujeto al proceso de suscripción del Asegurador. El Asegurador se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier cambio de plan o deducible, y/o modificar la cobertura. Si un Asegurado bajo la póliza está recibiendo atención médica o se le diagnosticó una condición médica reciente, el cambio solicitado será rechazado y la cobertura de la póliza permanecerá sin cambios.

Cualquier cambio aprobado por el Asegurador se limitará al menor de los beneficios entre la cobertura anterior y la nueva cobertura durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia del cambio para aquellas enfermedades o lesiones no causadas por un accidente o una condición de origen infeccioso. Como tal, el mayor de los dos deducibles y/o el menor de cualquier cobertura de beneficios se aplicará a cualquier gasto cubierto durante este período de tiempo.

El cambio aprobado por el Asegurador no significa que los períodos de espera del nuevo plan u opción de deducible hayan sido renunciados. Si el titular de la póliza acepta el cambio en la póliza, entonces el Asegurado debe completar cualquier período de espera para beneficios específicos bajo el nuevo

plan u opción de deducible. Si un Asegurado ha cumplido el período de espera para un beneficio específico bajo la cobertura anterior, entonces el Asegurado estará sujeto al menor de los beneficios entre la cobertura anterior y la nueva cobertura para ese beneficio durante la duración del período de espera bajo la nueva opción de plan y/o deducible.

Moneda

Todos los valores de moneda establecidos en esta póliza están en dólares estadounidenses (USD).

Periodo de gracia

Si el pago de la prima de la póliza no se recibe antes de la fecha de vencimiento de la póliza, el Asegurador permitirá un período de gracia de treinta (30) días que comenzará a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, durante la cual se puede realizar el pago de la prima. Sin embargo, la cobertura no se proporciona bajo esta póliza durante el período de gracia. Para que los servicios incurridos por el Asegurado durante el período de gracia se consideren como un gasto cubierto, la prima total debe pagarse antes del final del período de gracia. Si la prima total no se paga al final del período de gracia, el Asegurador terminará la cobertura a partir de la fecha anterior a la fecha de vencimiento.

Modos de pago de póliza

Todas las pólizas se consideran contratos anuales. Como tal, las primas deben pagarse anualmente, a menos que el Asegurador apruebe que se paguen bajo otra forma de pago, como semestral o trimestralmente.

Reembolsos de prima

Si la póliza se cancela por algún motivo después de haber sido emitida, reinstalada o renovada, el Asegurador reembolsará al titular de la póliza la parte no ganada de la prima, menos los costos administrativos y de emisión, hasta un máximo del sesenta (60%) por ciento del monto neto de la prima. Los costos de emisión y el cuarenta (40%) por ciento del monto neto de la prima no son reembolsables por el Asegurador. La parte no ganada de la prima se basa en la cantidad de días dentro del período de modo de pago aprobado menos la cantidad de días durante los cuales la póliza estuvo vigente. En caso de fallecimiento del titular de la póliza, la prima no devengada se reembolsará a sus herederos legales, una vez que los documentos requeridos por el Asegurador sean recibidos y autorizados para el pago.

Póliza de cancelación o no renovación

Si el contrato de la póliza o un Asegurado en virtud de este contrato se rescinde por algún motivo, toda la cobertura provista en virtud de la póliza cesará a partir de la fecha de cancelación y el Asegurador no tendrá más responsabilidad u obligación con el Asegurado. Como tal, cualquier reclamo por servicios incurridos después de la fecha de cancelación no estará cubierto independientemente de cuándo se reconoció el inicio original del diagnóstico. Cualquier gasto cubierto incurrido antes de la fecha de cancelación continuará teniendo cobertura según las disposiciones de la póliza. El contrato de la póliza o un Asegurado en virtud de este contrato de la póliza puede rescindirse después de la fecha de vigencia de la póliza si:

- a) El Asegurador no recibe el pago total de la prima de la póliza durante el plazo asignado según las disposiciones de la póliza.
- b) El Asegurador recibe una notificación del titular de la póliza por escrito de la decisión de terminar la

cobertura bajo la póliza para todos o uno de los asegurados.

- c) Un Asegurado no continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad bajo esta póliza.
- d) El Asegurador cancela o rescinde la póliza a través de una notificación por escrito al titular de la póliza de conformidad con las disposiciones de la póliza.

El Asegurador se reserva el derecho de aceptar cualquiera de los Asegurados de una póliza cancelada en una nueva póliza con el Asegurador siempre que el Asegurado cumpla con los requisitos de elegibilidad de esa nueva póliza. El Asegurador debe recibir la solicitud de seguro de salud dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de cancelación o no Renovación de la póliza anterior.

El Asegurador no puede cancelar la póliza del Asegurado como penalización por el registro de reclamo del Asegurado.

Emisión de pólizas

Esta póliza no puede emitirse ni entregarse dentro de los Estados Unidos de América.

Pago de prima

El pago de la prima total a tiempo es responsabilidad del titular de la póliza y se paga anualmente en la fecha de renovación de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento autorizada por el Asegurador. La cobertura de la póliza depende del pago de la prima que se reciba y sea negociable. Si el titular de la póliza no paga la prima total dentro del plazo requerido, la póliza se considerará en incumplimiento y el Asegurador tendrá derecho a rescindir automáticamente la póliza a partir de esa fecha de vencimiento. Se entiende que la falta de pago de la prima es una decisión expresa del titular de la póliza de no tener más cobertura bajo esta póliza.

Cualquier exceso de la prima recibida por el Asegurador se reembolsará al titular de la póliza de la misma manera que se pagó sin intereses y no dará lugar a ningún aumento de responsabilidad por parte del Asegurador. Si el Asegurador no puede reembolsar la prima de la misma manera que la pagó, entonces el Asegurador puede contactar al titular de la póliza para acordar otra forma de pago.

El Asegurador puede intentar cobrar el monto total de la prima adeudada en la póliza, sin embargo, esto no significa que el Asegurador renuncie a su derecho de rescindir la cobertura por falta de pago de la prima. Las facturas se proporcionan como cortesía al titular de la póliza, y el Asegurador no ofrece ninguna garantía de entrega de dichas facturas. Si el Asegurado no recibe una factura de la prima treinta (30) días antes de la Fecha de vencimiento y el Asegurado no conoce el monto del pago total de la prima, el Asegurado debe comunicarse con su Agente o el Asegurador.

Cambios de tarifas de la prima

El Asegurador se reserva el derecho de cambiar las tarifas de las primas anualmente en el momento de cada fecha de renovación. Estas tarifas pueden modificarse debido a un cambio en la clase de riesgo de un Asegurado, un cambio en el número de asegurados en la póliza y/o un cambio en la cobertura de la póliza. Sin embargo, ningún Asegurado individual será penalizado con un aumento de prima basado en su historial de reclamos. Si el Asegurador recibe el pago de la prima modificada, se entiende que el titular de la póliza aceptó el cambio en las tarifas de la prima.

Reinstalación de la póliza

Si la póliza se rescinde como resultado de que el pago total de la prima no se recibió al final del período de gracia, entonces la póliza se puede restablecer dentro de los sesenta (60) días del final del período de gracia de conformidad con lo siguiente:

- a) El titular de la póliza completa y presenta al Asegurador una declaración de buena salud nueva y cualquier otra información o documento requerido por el Asegurador.
- b) El titular de la póliza paga el monto de la prima requerida dentro de los sesenta (60) días posteriores al vencimiento del período de gracia.
- c) El Asegurador aprueba el restablecimiento de la póliza con o sin modificaciones de cobertura después de la revisión de la documentación recibida.

RECLAMOS

Coordinación de beneficios con otra cobertura de seguro

Cuando un Asegurado tiene cobertura de atención médica bajo más de un contrato de póliza con el Asegurador o con otra compañía, incluidos los programas patrocinados por el gobierno, el Asegurador coordinará los beneficios entre estas coberturas. Esto está diseñado para evitar la duplicación de pagos por gastos cubiertos, ya que los pagos totales emitidos por el Asegurador u otras compañías o entidades gubernamentales para estos gastos nunca pueden exceder el total de los gastos incurridos. Como tal, la otra cobertura de seguro de salud debe ser declarada al Asegurador al momento de completar la solicitud de seguro de salud o al obtener la otra cobertura.

El monto del pago por parte del Asegurador durante esta coordinación se basa en si el Asegurador es el pagador primario o secundario. Cuando el Asegurador es primario, el Asegurador procesará los reclamos bajo los términos y condiciones de esta póliza sin tener en cuenta ninguna otra cobertura. Bajo esta póliza, el Asegurador actuará como el pagador principal o cuando se prestan los servicios. Sin embargo, fuera del país de residencia del Asegurado, el Asegurador siempre conservará el derecho de coordinar los beneficios y/o cobrar el pago de cualquier otra compañía o agencia gubernamental. Si los servicios se prestan dentro del país de residencia del Asegurado, el Asegurador actuará como pagador secundario de cualquier otra cobertura existente. Si el Asegurado está cubierto por un plan grupal del empleador y un plan de seguro médico individual, entonces el plan grupal del empleador actuará como pagador primario y el plan individual actuará como secundario.

Una reclamación presentada por el Asegurado como cobertura secundaria para el Asegurador, debe presentarse con prueba de la otra cobertura de seguro junto con una copia de las facturas detalladas, una copia de la explicación de beneficios (EOB) de la otra compañía y un comprobante de los pagos realizados por la otra compañía. La coordinación de beneficios no renuncia al derecho del Asegurador de someter reclamos a los términos y condiciones del contrato de la póliza.

Plazos para presentar la prueba de reclamo

Un Asegurado que haya pagado los gastos cubiertos conforme a esta póliza debe presentar un reclamo ante el Asegurador para recibir cualquier reembolso de esos gastos pagados. Las facturas detalladas originales, los registros médicos y un formulario de reclamo completo, así como toda la información requerida en 'Cómo

presentar un reclamo', deben presentarse al Asegurador dentro de los ciento ochenta (180) días después del tratamiento y de la fecha de servicio a la dirección indicada en el formulario de reclamo. Si el Asegurado no presenta un reclamo de reembolso dentro de este período de tiempo, el Asegurador quedará liberado de cualquier obligación en relación con el tratamiento o la atención recibida por el Asegurado durante esas fechas de servicio y se negará cualquier reclamo recibido.

Una vez que se presenta un reclamo, el Asegurador puede solicitar al Asegurado información adicional en relación con el reclamo. Esta información debe ser recibida por el Asegurador dentro de los noventa (90) días a partir de la primera solicitud realizada por el Asegurado. Si la información no se recibe dentro de este período de tiempo, el Asegurador quedará exento de cualquier obligación en relación con este reclamo y el reclamo será negado.

Exámenes médicos

Durante el proceso de revisión del reclamo, el Asegurador puede considerar que la información provista con el reclamo no es suficiente para determinar adecuadamente la indemnización de la cobertura del reclamo. Por lo tanto, el Asegurador tendrá el derecho, de cuando y con la frecuencia que se considere necesario solicitar un examen médico del Asegurado y/o una segunda opinión médica de cualquier condición o lesión que sea la base de un reclamo.

Pago de reclamos

El Asegurador prefiere recibir reclamos directamente y pagar beneficios directamente a los proveedores de atención médica en función de las tarifas negociadas o contratadas previamente para cualquier gasto cubierto o las tarifas usuales acostumbradas y razonables (UCR) aplicables por el servicio prestado. Si el pago al proveedor no es factible, el Asegurador reembolsará al titular de la póliza en moneda legal por los gastos cubiertos pagados al proveedor de atención médica de acuerdo con la tarifa contractual negociada con el proveedor antes del servicio o el usual, acostumbrado y razonables (UCR) por el servicio prestado. Cualquier gasto que exceda los montos anteriores será responsabilidad del Asegurado. Si el Asegurador recibe facturas en monedas distintas a la moneda de beneficio establecida en esta póliza, entonces el Asegurador procesará el reclamo de acuerdo con el tipo de cambio determinado en la fecha del servicio. El total de pagos recibidos por el proveedor de atención médica y el titular de la póliza nunca podrán exceder el valor total de los gastos incurridos.

Si se ha emitido un pago de reclamo, y el Asegurador considera que el reclamo no fue indemnizable según el contrato de la póliza, entonces el Asegurador puede solicitar al beneficiario el reembolso inmediato del pago del reclamo a través de una solicitud por escrito o puede aplicar el monto reembolsable a cualquier pago de reclamo pendiente que el Asegurador deba al beneficiario.

Si el titular de la póliza ha fallecido, cualquier beneficio o reclamo no pagado se pagará directamente al proveedor de atención médica de los servicios médicos. Si el proveedor de atención médica ya ha recibido el pago por los servicios prestados, el Asegurador pagará los beneficios no pagados al patrimonio legal del titular de la póliza fallecido.

Subrogación y derecho de reembolso

Al aceptar los beneficios de esta póliza, el Asegurado reconoce que el Asegurador tiene el derecho de subrogar o reembolsar los pagos realizados, si hay terceros responsables de un reclamo presentado bajo esta póliza o si terceros pueden haber causado una lesión para la cual se proporcionan beneficios bajo esta póliza. Además, el Asegurador tiene el derecho de proceder a su propio costo en nombre del

Asegurado contra este tercero responsable para recuperar los beneficios pagados por el Asegurador en relación con las lesiones o el reclamo presentado. El Asegurado acuerda asignar al Asegurador cualquier beneficio, reclamo o derecho de recuperación en virtud de cualquier otra póliza o cobertura en toda la extensión de sus reclamos de subrogación y reembolso. Esta asignación le permite al Asegurador presentar cualquier reclamo que el Asegurado pueda tener, ya sea que el Asegurado elija seguirlo o no.

El Asegurado acepta colaborar con el Asegurador enviando toda la información necesaria y completando y firmando la documentación necesaria para que el Asegurador recupere los pagos realizados. Esto significa que el Asegurado debe notificar al Asegurador antes de intentar resolver cualquier reclamo relacionado con lesiones sufridas por el acto u omisión de un tercero al que el Asegurador ha pagado beneficios. El Asegurado se abstendrá de realizar cualquier acto que pueda limitar de alguna manera el derecho de la Aseguradora a obtener el reembolso completo.

Si el Asegurado ha recuperado la totalidad o parte de los pagos de un tercero, el Asegurado reembolsará de inmediato al Asegurador cualquier monto que haya pagado en relación con los beneficios reclamados. Esto es cierto, incluso si el Asegurado no recibe el monto total del reclamo de dichos terceros o si los pagos recibidos por el Asegurado se describen como pagos por cualquier cosa que no sean gastos de atención médica. El monto que el Asegurado debe reembolsar al Asegurador no se reducirá por los honorarios de abogados o gastos incurridos por el Asegurado. El Asegurado otorga una asignación de cualquier producto, liquidación, sentencia u otro pago recibido por el Asegurado en la medida del costo total de los beneficios provistos bajo esta Póliza.

ACCIONES LEGALES, APELACIONES Y QUEJAS

Apelaciones

Al aceptar este contrato de la Póliza, el Asegurado acepta que antes de comenzar cualquier arbitraje o procedimiento legal, cualquier discrepancia, controversia, reclamo o desacuerdo entre el Asegurado y el Asegurador con respecto al contrato de la Póliza o cualquiera de sus disposiciones, la interpretación, cancelación o la validez de la Póliza o con respecto a la responsabilidad u obligaciones del Asegurador o el conflicto basado en cualquier otro motivo se presentará primero para su revisión al Comité de Apelaciones del Asegurador. El Asegurado debe presentar esta solicitud de revisión por escrito e incluirá el motivo por el cual se realiza la solicitud, así como toda la documentación relevante a considerar. El Comité de Apelaciones de la Aseguradora puede solicitar información y / o documentación adicional, según sea necesaria, del Asegurado o de otros terceros, y actuar de manera oportuna para obtener dicha información. El Comité de Apelaciones de la Aseguradora, notificará al Asegurado de su decisión y el fundamento subyacente en el que se basa por escrito, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión y / o toda la documentación pertinente.

Arbitraje

El Asegurado acepta que cualquier discrepancia, controversia, reclamo o desacuerdo que pueda persistir al finalizar el proceso de Apelación tal como se refleja en este documento, o cualquier conflicto continuo entre el Asegurador y el Asegurado en relación con la interpretación, cancelación o validez de la Póliza o con respecto a la responsabilidad u obligaciones del Asegurador o conflicto continuo basado en cualquier otra razón, será resuelto por un panel de arbitraje de tres árbitros designados por las Partes de acuerdo con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje de los Estados Unidos, con experiencia en asuntos

similares relacionados con los principales productos de seguros médicos internacionales. El Asegurado también acepta que, en caso de desacuerdo entre los árbitros, la decisión recaerá en la mayoría.

El Asegurado o el Asegurador puede iniciar el arbitraje mediante notificación por escrito a la otra parte que solicita el arbitraje y nombra a su árbitro. Para el arbitraje, cada parte seleccionará un árbitro, y esos dos (2) árbitros seleccionados seleccionarán el tercer árbitro. Como tal, después de recibir la notificación por escrito, la otra parte tendrá veinte (20) días para designar a su árbitro. Si la otra parte no nombra a su árbitro dentro de los veinte (20) días, entonces la parte reclamante puede designar al segundo árbitro y la otra parte no se verá perjudicada por ello. Tan pronto como los dos (2) árbitros seleccionados sean nombrados por las partes, tendrán diez (10) días para elegir el tercer árbitro. Una vez que se elige el tercer árbitro, el arbitraje comenzará dentro de los diez (10) días y se llevará a cabo en el condado de Miami-Dade, Florida, EE. UU.

Ley que rige

Para la determinación de cualquier derecho y acción legal que surja directa o indirectamente de este contrato de Póliza, el Asegurado acepta y confiere jurisdicción exclusiva en el Condado de Miami-Dade, Florida, EE. UU., y renuncia a todos y cada uno de los derechos de un juicio por jurado. En todos los casos, un juicio por juez solo será aceptado por el Asegurado, excepto en aquellos asuntos necesarios para hacer cumplir las decisiones de los árbitros o aquellas en las que las decisiones tomadas por el Tribunal de arbitraje deben ser ejecutadas por el tribunal. No se pueden emprender acciones legales que surjan de o en relación con la cobertura de este contrato contra la Aseguradora después de la expiración del estatuto de limitaciones aplicable.

Indemnización

El Asegurado se mantendrá indemne e indemnizará al Asegurador por todos los reclamos, demandas, responsabilidades o gastos (incluidos los honorarios razonables de abogados y los costos judiciales), que estén relacionados, surjan o estén relacionados con cualquier acto u omisión del Asegurado o cualquiera de sus agentes, en el cumplimiento de las obligaciones del Asegurado bajo este contrato.

No renuncia a los incumplimientos

Cualquier incumplimiento por parte de la Aseguradora en cualquier momento de hacer cumplir o exigir el estricto cumplimiento de cualquiera de los términos o condiciones establecidos en este documento, en ningún caso constituirá una renuncia a dichos términos o condiciones. Además, no afectará el derecho del Asegurador en ningún momento a hacer cumplir o hacer uso de los recursos a los que el Asegurador tenga derecho según la ley aplicable o el presente contrato de la Póliza.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Un reclamo es una solicitud formal a una compañía de seguros que solicita el pago de un monto adeudado por los gastos cubiertos según los términos de la póliza. Presentar un reclamo es simple y puede hacerlo el proveedor o un Asegurado. Si el Asegurado solicita servicios a un proveedor de la red o recibe una autorización previa para ir a un proveedor específico para recibir servicios, lo más probable es que el proveedor presente el reclamo directamente al Asegurador y el Asegurado solo tendrá que pagarle al proveedor la responsabilidad del Asegurado.

Sin embargo, para aquellos casos en que el Asegurador no pueda realizar un pago directo al proveedor, o en el caso de que el Asegurado no reciba una autorización previa del Asegurador, como se requiere de acuerdo con esta póliza, o el Asegurado ha pagado por completo al proveedor de servicios, el Asegurado debe presentar el reclamo ante el Asegurador y el reembolso se basará en las tarifas usual, acostumbrado y razonables (UCR), según se define en esta póliza. El Asegurador debe recibir un reclamo dentro de **ciento ochenta (180) días**, a partir de la fecha que fue dado el servicio. Si el reclamo no se recibe dentro de este período de tiempo, entonces el reclamo se considerará automáticamente como un gasto no cubierto y el Asegurador quedará liberado de cualquier responsabilidad bajo el reclamo.

Para agilizar el procesamiento de un reclamo, asegúrese de separar los reclamos por Asegurado y presentar al Asegurador la siguiente información requerida:

- a) Un formulario de reclamo del Asegurador completado y firmado por Asegurado. Este formulario puede obtenerse contactando al Agente o al Asegurador directamente.
- b) Los siguientes documentos médicos por Asegurado:
 - I. Los registros médicos del paciente, incluidas las notas del médico.
 - II. Cualquier resultado de diagnóstico y pruebas de laboratorio, incluido el informe resumido.
 - III. Una copia de la prescripción médica y para qué sirve.
 - IV. Solicitud de equipo médico en caso de que aplique.
- c) Las facturas y/o recibos detallados originales emitidos por el proveedor por servicios o suministros prestados por Asegurado. Cada factura o recibo enviado debe tener la siguiente información:
 - I. Nombre del proveedor tratante.
 - II. El nombre y la fecha de nacimiento del Asegurado que recibió el servicio.
 - III. La fecha en que se prestó el servicio.
 - IV. El monto detallado cobrado por el proveedor por el servicio recibido y el comprobante de pago correspondiente por este monto.
 - V. El diagnóstico y la descripción del servicio recibido (hospitalización, visita al consultorio, procedimiento, prueba de diagnóstico, laboratorios, etc.).
 - VI. Para las facturas de farmacia, los gastos que muestran los medicamentos o suministros que pertenecen a la prescripción que se presenta deben indicarse claramente en la factura. Cualquier gasto no indicado como tal y que no acompañe a una prescripción no se considerará un reclamo.
- d) Si el reclamo es el resultado de un accidente, entonces cada Asegurado involucrado en el accidente

debe presentar el informe policial resultante, si existe, y una declaración escrita que incluya los detalles del accidente y sus circunstancias circundantes.

- e) Si se ha presentado un reclamo duplicado con otro plan de seguro (coordinación de beneficios), incluya también una copia de la Explicación de beneficios (EOB) del otro plan.
- f) Si se han incurrido gastos médicos con los proveedores en los EE. UU., se deben obtener de los mismos, los siguientes formularios adicionales por Asegurado y enviarlos junto con la información anterior:
 - g) Una declaración o factura detallada que contenga la siguiente información:
 - IV. Nombre del proveedor.
 - V. La dirección del proveedor y número de identificación fiscal o NPI.
 - VI. El nombre y la fecha de nacimiento del Asegurado que recibió el servicio.
 - VII. El diagnóstico, incluidos los códigos de diagnósticos aplicables.
 - VIII. Una descripción del servicio, incluidos los códigos de procedimiento aplicables.
 - IX. La fecha en que se prestó el servicio.
 - X. El monto cobrado por el proveedor.
 - XI. Formulario HCFA 1500 (CMS-1500): un formulario universal emitido por profesionales de la salud y proveedores en los Estados Unidos.
 - XII. Formulario UB-04 (CMS-1450): un formulario universal emitido por hospitales e instalaciones en los Estados Unidos.
- h) Por favor enviar el reclamo a:
Loyal Major Medical
claims@loyalig.com

Una vez que se ha recibido un reclamo, el Asegurador comenzará el proceso de revisión. Sin embargo, si el Asegurador considera que la información recibida es incompleta o inadecuada para determinar si el reclamo o parte del reclamo es compensable, el Asegurador puede solicitar esta información adicional y puede cerrar temporalmente el reclamo. La información solicitada debe presentarse al Asegurador dentro de los noventa (90) días a partir de la primera solicitud. Si la información no se recibe dentro de este plazo, entonces el reclamo o parte del reclamo, donde se necesita información adicional, puede procesarse en función de la información en poder del Asegurador en ese momento y puede ser negado.

Cualquier documentación original recibida por el Asegurador no será devuelta. Sin embargo, el Asegurador puede proporcionar al Asegurado una copia de la documentación previa solicitud por escrito.



CONTÁCTANOS

Tel: +1 (786) 477-3688

Emails adicionales

- ✉ Información
info@loyalig.com
- 🏢 Nuevos Negocios
solicitudes@loyalig.com
- ✉ Atención al Cliente
servicios@loyalig.com
- ✉ Contratos
agente@loyalig.com
- 📄 Evaluación de Riesgos
underwriter@loyalig.com
- 🏢 Ventas
ventas@loyalig.com
- ✉ Proveedores
proveedores@loyalig.com
- ✉ Emergencias, Reclamos y Cartas Avals
reclamos@loyalig.com



@loyalmajormedical



@loyalmajormedical



Company Loyal Major Medical



@loyalmajormed



Youtube Channel Loyal Major Medical

WWW.LOYALIG.COM