



Ideal Guarantee Jr

Conditions of Coverage



IDEAL GUARANTEE JR

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY, I.I.

Ideal Guarantee Jr is issued by Best Meridian International Insurance Company, I.I., hereinafter referred to as "THE INSURER". This Policy consists of the Application and the Medical Examination, the Certificate of Insurance, this document and any amendments which may be issued thereto.

Please carefully read this Policy, which includes the Application. The Policy has been issued on the basis that all information in this Policy including, without limitation, all information contained in the Application which forms part of the Policy, is true, correct and complete as of the Original Date of Commencement. The Insured(s) has the absolute duty to notify the Insurer within ten (10) calendar days of receipt of this Policy if any of the information in this Policy, including any information in the Application, is incorrect or incomplete, if any medical history has changed subsequent to the date of the Application and prior to the Original Date of Commencement, and/or if any information has been omitted from the Application. A copy of the Application which forms part of this Policy is only attached to this Policy on the Original Date of Commencement.

In the United States of America, Ideal Guarantee Jr provides coverage in the Plan Ideal Provider Network. Payable benefits for services provided outside the Plan Ideal Provider Network will result in a fifty (50%) percent reduction of benefits, except under the Emergency Medical Treatment provision.

This Policy is subject to the following limits, as well as any other limits specified in the Policy.

SCHEDULE OF BENEFITS	LIMITS
Maximum Benefit Limit, as per stated on the Certificate of Insurance	US\$1,000,000 (US\$3,000,000 when rider has been selected)
Geographical Coverage	Worldwide
Medical and Surgical Charges during Hospitalization	100%
Physician Fees during Hospitalization	100%
Laboratory Tests and Diagnostic Services during Hospitalization	100%
Hospital Room	100%, Maximum 240 days
Intensive Care Unit	100%, Maximum 240 days
Cancer Treatment (Prescription Drugs and Chemotherapy, Radiation Therapy and/or Immunotherapy)	100%
Dialysis	100%
Ambulatory Surgery	100%
Prescription Drugs	
• During Hospitalization	100%
• Outpatient after Hospitalization or Ambulatory Surgery	100% Maximum 30 Days
• Outpatient not related to Hospitalization or Ambulatory Surgery	US\$20,000
Outpatient Services	
• Physician Fees	100%
• Other Outpatient Services	100%, up to a Maximum US\$50,000 (subject to a combined limit of US\$6,000 for Physical Therapy, Rehabilitation, Occupational Therapy, Speech Therapy and Sleep Disorders)
Congenital Disorders	
• Diagnosed before age 18	US\$100,000, Lifetime
• Diagnosed after age 18	100%
Local Ambulance Services	100%
Emergency Dental Treatment following an Accident	100%

Organ Transplantation	US\$300,000 Lifetime, includes donor resection benefit of up to US\$25,000
Emergency Medical Treatment in the United States of America, outside the Ideal Provider Network	US\$50,000 per Incident
Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices	US\$25,000
Autism	US\$1,000
Surgical Treatment for Symptomatic Foot Disorders	
• Related to an Accident	100%
• Not related to an Accident	US\$1,000
Hearing Aid	US\$500 Lifetime
Well-Child Checkup, including Routine Immunizations	US\$100, Per Child
Home Nursing	30 days
Home Health Care Visit	10 Visits

All benefits are per Insured, per Policy Year unless otherwise stated and are subject to the Annual Deductible stated on the Certificate of Insurance. The benefits are subject to the usual and customary charges in the area where services are provided.

PROVISIONS OF COVERAGE

1. GENERAL

The Insurer will pay 100% of the eligible, certified expenses after the Annual Deductible has been satisfied for Hospital Services and Chemotherapy, Radiotherapy and Dialysis.

Outpatient Physician fees are covered at 100%. Other Outpatient Services will be covered at 100% of eligible, certified expenses up to US\$50,000 after the Annual Deductible has been satisfied, subject to a combined limit of US\$6,000 for Physical Therapy, Rehabilitation, Occupational Therapy, Speech Therapy and Sleep Disorders.

The Annual Deductible as stated on the Certificate of Insurance will be applied per Insured, Per Policy Year to a maximum of two (2) deductibles per family, per Policy Year. Any expenses incurred in the last 90 days of the Policy Year that do not exceed the deductible will be carried over to the next Policy Year period.

In case of an Accident which is treated in the Country of Residence in which one or more Insureds covered under this Policy suffer injury, only one deductible shall apply per Policy Year with respect to the injured Insureds.

No Annual Deductible shall apply to the following:

- Emergency Dental Treatment following an Accident
- Local Ambulance Service
- Well-Child Checkup, including Routine Immunizations

Coverage during the first 30 days after the Original Date of Commencement is limited to Accidents and Infectious Diseases.

2. NOTIFICATION REQUIREMENT

The Policyholder must contact the Insurer at least 72 hours prior to any hospitalization or Outpatient Service. Notification may be accomplished by calling the telephone number indicated on the Insured's identification card. In case of an Accident or Emergency where it is impossible for the Policyholder to notify prior to the Insured receiving treatment, the Policyholder must notify the Insurer within 48 hours after commencement of treatment. Failure to notify the Insurer within the required time will result in a thirty (30%) percent reduction of benefits that would have been otherwise paid under the terms and conditions of this Policy.

3. UTILIZATION MANAGEMENT/UTILIZATION REVIEW PROGRAMS

The Insurer has established various Utilization Management/Utilization Review Programs ("UM/UR Programs"), including Concurrent Review, Case Management and Clinical Examinations.

All decisions that pertain to independent professional medical or clinical judgment, training, or the need for medical services, rests with the Policyholder and the Insured's Physicians and health care providers. These parties bear the responsibility for determining the nature, timing, and provision of medical care to be rendered or received. The Insurer, on the other hand, is solely responsible for determining whether expenses incurred, or to be incurred, for medical care align with the coverage parameters of this Policy. This responsibility shall not be an encroachment upon or a supersession of the medical decisions of the Insured's Physicians or health care providers. Nonetheless, it is recognized that situations may arise where the Insurer's interpretation of what is Medically Necessary as defined under the Rules, Terms,

and Definition of this Policy might not concur with the medical determinations made by the Insured's Physicians and healthcare providers. Therefore, while the clinical autonomy of the Insured's Physicians and health care providers is emphasized, it is also acknowledged that the ultimate decision regarding what is Medically Necessary is made taking into consideration the criteria established under the Rules, Terms, and Definition of this Policy.

All hospitalizations and Outpatient Services must be certified by the Insurer in order for the Insured to receive coverage under this Policy.

A. Concurrent Review

Under its UM/UR program, the Insurer may review Hospital stays and other health care treatment programs during the course of such stay or treatment program. Any such review is conducted solely to determine whether the Insurer should continue coverage and/or payment for a particular admission.

The Insurer may review specific medical facts or information and assess, among other things, the appropriateness, health care setting and/or the level of care, of a Hospital admission or other health care treatment programs. Such coverage and/or payment determinations made by the Insurer and any reviews or assessments of specific medical facts or information which it conducts, are solely for purposes of making such coverage or payment decisions under this Policy and not for the purpose of recommending or providing medical care.

B. Case Management

This program may be made available by the Insurer for those Insureds who have a catastrophic or chronic condition. Under this program, the Insurer will work with the Insured's Physician and health care providers to ensure that he or she is receiving medically necessary treatment, in the most appropriate clinical context, in accordance with the terms and conditions of this Policy. The Insurer, in its sole discretion, will establish when this program should be activated.

C. Clinical Examination

The Insurer reserves the right and opportunity to examine or request a second medical opinion to any Insured whose Sickness or Injury is the basis of a claim, when and as often as considered necessary by the Insurer during the pendency of the claim. The Insured shall make available to the Insurer all medical reports and records and, when requested by the Insurer, shall sign all authorization forms necessary for the Insurer to obtain such medical reports and records. Failure to authorize the release of all medical records requested by the Insurer will cause a claim to be denied. The Insurer has the right

to request an autopsy in the case of death at a facility of the Insurer's choice.

RULES, TERMS AND DEFINITION

The Insurer will pay for medical expenses as specified in this Policy, if medically necessary, incurred as a direct result of the Insured suffering bodily injury or Sickness during the period of insurance. Payment will be limited to the Usual and Customary Charges incurred, as defined in this Policy.

The legal representative of the Insured shall have the right to act for an Insured who is incapacitated or deceased. Benefits are payable to the Insured, the legal representative or to the licensed providers of medical care.

The following definitions apply to this insurance:

ACCIDENT means any sudden and unforeseen event occurring during the Policy Year period, resulting in bodily injury, the cause of which is completely external to the victim's own body, is unforeseen and occurs beyond the victim's control.

AMBULATORY SURGERY is any surgery performed in the Outpatient section of a Hospital for cases in which an overnight stay in a hospital is not necessary ; free-standing surgical facilities or Physician's surgical suite. This benefit is available through the Plan Ideal Provider Network, after notification to the Insurer. Payable benefits for Ambulatory Surgery provided outside the Plan Ideal Provider Network will result in a fifty (50%) percent reduction of benefit.

ANNUAL DEDUCTIBLE is the amount paid by the Policyholder for eligible, certified expenses before benefits become payable under this Policy.

APPLICATION means the form provided by the Insurer to the Insured, and all responses and statements made by the Insured therein and in response thereto about the Insured and/or the Insured's dependent(s) and used by the Insurer in deciding whether to accept the risk, modify the coverage offered or decline the risk. Application includes all documents, questionnaires, and written materials submitted to the Insurer by or on behalf of the Insured and/or the Insured's dependent(s), including, but not limited to, any Medical Examination. All Applications are subject to underwriting by the Insurer. Acceptance is not guaranteed.

AUTISM means treatments related to Autism, including therapy and medicines, which will be covered up to US\$1,000. - per Insured, per Policy Year, and after the Annual Deductible has been satisfied. Expenses related to recreational therapy and custodial care are excluded from the scope of this benefit. This benefit must be coordinated and approved by the Insurer. Pre-notification and pre-authorization are required.

CONGENITAL DISORDERS or diseases are structural or functional abnormalities by anatomic alterations of the intrauterine stage and can generate alterations of organs, limbs or systems; are those that occur from birth and are caused by a disorder during embryonic development, during labor or as a result of hereditary disorders. The coverage under this Policy for Congenital Disorders is as follows:

- A. The lifetime maximum benefit for any Congenital Disorder diagnosed before the Insured's eighteenth (18th) birthday will be up to US-\$100,000. - per Insured.
- B. The lifetime maximum benefit for any Congenital Disorder diagnosed after the Insured's eighteenth (18th) birthday will be up to the maximum Policy limit as stated on the Certificate of Insurance.

COUNTRY OF RESIDENCE is the country where the Insured resides the majority of any Policy Year, or where the Insured has resided more than 180 days during any 365-day period while the Policy is in force. The Insured is only entitled to only one (1) country of residence, at a time, under the Policy. If an Insured changes his country of residence, the Insured must notify the Insurer within 30 days of such change.

CURRENCY: The US Dollar will be the currency that applies to all transactions with this Policy, unless otherwise indicated.

DUE DATE means the date on which any installment of premium falls due.

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHESES AND ORTHOPEDIC DEVICES: The coverage of this benefit is subject to the requirement that the Durable Medical Equipment be necessary and reasonable for the treatment of an Illness or Injury, or to improve the functioning of a malformed body part. Equipment will be considered necessary when it can be expected to make meaningful contribution to the treatment of an Illness or Injury or to the improvement of a malformed body part. Prostheses and Orthopedic Devices are devices prescribed by a Physician to correct malfunctions or to replace all or part of a body organ as a result of a covered Injury or Illness.

For the purposes of coverage, Durable Medical Equipment shall be prescribed by an authorized Physician, withstand repeated use, perform a therapeutic function, be useless to a person in the absence of Illness, Injury, functional disability or congenital anomaly, and when its main purpose is not to assist a patient who is temporarily or permanently disabled. Although an item may be classified as Durable Medical Equipment, it may not be covered in every instance. Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices must be approved and coordinated in advance by the Insurer. Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices will be provided by the Insurer or reimbursed at the cost that the Insurer would have incurred if purchased from its providers. All decisions respecting acceptance or

coordination of this benefit shall be taken solely by the Insurer. Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices are limited to US-\$25,000- per Insured, Per Policy Year.

EMERGENCY is a sudden and unforeseen Illness or Accident covered by the Policy, which endangers the life or the body of the Insured, which requires immediate Emergency treatment to avoid loss of life or serious damage to the body.

EMERGENCY DENTAL TREATMENT FOLLOWING AN ACCIDENT is emergency treatment necessary to restore or replace sound natural teeth lost or damaged in an Accident, which is provided within ninety (90) days of the Accident.

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT : In the United States of America, Ideal provides Emergency Medical Treatment outside the Plan Ideal Provider Network in those cases where the emergency treatment is required to avoid loss of life or serious Injury. Covered charges related to an emergency admission outside the Plan Ideal Provider Network will be paid up to fifty thousand dollars (US\$-50,000. -) per incident, after the annual deductible has been satisfied. The Policyholder will be responsible for fifty percent (50%) of all covered medical and hospital charges that exceed the benefit of fifty thousand dollars (US\$-50,000. -) on services rendered outside the Plan Ideal Provider Network.

If the problem is not an emergency as defined above, the Insured will be responsible for fifty percent (50%) of all covered medical and hospital charges.

FAMILY MEMBER is defined to be a spouse, father, mother, brother, sister, child, grandchild, father-in-law, mother-in-law, aunt or uncle of the Insured.

HEARING AID is a medical device intended to amplify sound in case of hearing loss which must be prescribed by a Physician. This benefit has a maximum lifetime limit of US-\$ 500.- per Insured, after the Annual Deductible has been satisfied, provided that the Insured has been continuously covered under this Policy for at least one (1) Policy Year.

HOME HEALTH CARE VISIT offers the following services, when provided by a duly licensed Physician and after the Annual Deductible has been satisfied:

- a) Medical care at the Insured's home for health disorders that are not serious but require medical attention.
- b) Home health care in the event that an Insured is unable to attend a medical appointment directly related to an Illness or Injury for which the Insured has received and is receiving treatment covered under the Rules, Terms and Definitions of this Policy.
- c) Emergency care arising from home medical care. This coverage includes the care of the Insured on site, solution of the health problem whenever

possible, or stabilization of the patient, provided in cases of medical emergency or diseases resulting from home medical care.

- d) Home Health Care Visit has a limit of 10 visits per Insured, per Policy Year.
- e) This benefit will be paid by reimbursement to the Insured after presentation of original receipt with the Insurer's Claim Form and in the original currency in which billed. Amounts payable shall be limited to the reasonable, Usual and Customary Charges in the area where such services are provided.
- f) All decisions respecting acceptance or coordination of this benefit shall be taken solely by the Insurer.
- g) The following items are excluded from the scope of the Home health Care Visit benefit: Serum placement, antibiotic administration, in-bed patient care, catheter change of any kind, as well as chronic medical dialysis treatments, chemotherapy, radiation therapy, rehabilitation and any other chronic treatment, except those immediately needed in case of an emergency care arising from home medical care.

HOME NURSING means the medical services of a government licensed nurse in the Insured's home when prescribed by a Physician and related directly to a Sickness or Injury for which the Insured has received and is receiving covered treatment subject to the Rules, Terms, and Definitions of this Policy. Home Nursing will be covered after the Annual Deductible has been satisfied, subject to the reasonable, usual and Customary Charges in the area where such services are provided. This benefit is limited to a maximum of 30 days, per Policy Year. All decisions respecting acceptance or coordination of this benefit shall be taken solely by the Insurer. A treatment plan must be submitted that justifies the medical need and does not include custodial care.

HOSPITAL is any institution which is legally licensed as a medical or surgical Hospital in the country in which it is located, where Sickness of acute nature as well as emergencies can be treated and which is not a spa, hydroclinic, sanatorium, rehabilitation institution, nursing home, or home for the aged. It must be under the constant supervision of a resident Physician.

HOSPITAL SERVICES are medical services provided to the Insured only when appropriate diagnostic procedures and/or treatment are not available as Outpatient Services and when admitted as a registered patient to a Hospital as defined above for a continuous period of not less than 24 hours or for a period of less than 24 hours only where there is a scheduled surgery. Hospital Services include hospital room and meal charges, use of all Hospital medical facilities, and all treatments and medical services ordered by a Physician, including intensive care when this is medically required.

INFECTIOUS DISEASES mean common communicable diseases caused by viruses, bacteria, fungi or parasites.

INJURY means bodily injury caused by an Accident which occurs within the Policy Year period.

INSURED is an individual whose name is included on the Application, has paid premium for coverage, for whom coverage has been confirmed and who has been issued a Policy.

LABORATORY TESTS AND DIAGNOSTIC SERVICES include laboratory testing procedures and radiographic and nuclear medicine procedures used to diagnose and treat medical conditions.

LOCAL AMBULANCE SERVICE is emergency medical transportation to a local Hospital.

MEDICAL EXAMINATION means a written statement by a Physician about the Insured's health regarding the physical condition and health of the Insured and/or the Insured's dependent(s), if applicable, based on clinical observations and/or medical tests which is used by the Insurer for the purpose of underwriting the risk. Medical Examination must be documented using a health questionnaire approved by the Insurer.

MEDICALLY NECESSARY refers to a treatment, service or medical supply which is determined by the Insurer to be necessary and appropriate for the diagnosis and/or treatment of a Sickness or Injury. A treatment, service or supply will not be considered medically necessary if:

- a) It is provided only as a convenience to the Insured, the Insured's family, or the provider;
- b) It is not appropriate for the Insured's diagnosis or treatment;
- c) It exceeds the level of care which is needed to provide adequate and appropriate diagnosis or treatment;
- d) It is not scientifically or medically recognized;
- e) It is considered experimental and not approved by the Food & Drug Administration of the USA.

NOTIFICATION is the procedure whereby the Policyholder notifies the Insurer by calling the telephone number indicated on the Insured's identification card.

ORGAN TRANSPLANTATION BENEFIT is the maximum amount payable for this benefit up to the maximum established by the Policy per Insured for lifetime. Includes human organ and/or tissue transplant medically recognized and is not considered experimental. The coverage is provided only within the Organ Transplant Provider Network. The Organ Transplant Benefit begins once the need for the transplant has been determined by a qualified medical provider, has been certified by a second medical or surgical opinion and/or approved by the Insurer Preauthorization/Clinical Service Team, and is subject to all terms, provisions, and exclusions of the Policy.

The Organ Transplant Benefit has a lifetime limit of US-\$300,000.- per Insured for transplantation of kidneys,

heart, liver, bone marrow, cornea, lung or pancreas. No other Organ Transplantation is covered.

This benefit includes:

- A. Pre-transplant care, including services directly related to an evaluation of the need for transplantation, evaluation of the Insured for the transplantation procedure, preparation and stabilization of the Insured for the transplantation;
- B. Pre-surgical studies, including but not limited to, Laboratory Tests and Diagnostic Services, such as radiographic and nuclear medicine procedures, biopsies, Prescription Drugs, and other supplies;
- C. The cost of organ procurement, transportation, and harvesting;
- D. The procedure to Transplant the organ;
- E. Post-transplant care directly related to the transplantation, including but not limited to, any follow-up, medically necessary treatment resulting from the transplantation, and any complications that arise after the transplantation procedure, whether a direct or indirect consequence of the Transplant. Prescription Drugs or therapeutic measure used to ensure the viability and permanence of the transplanted organ.
- F. Any home health care, nursing care (example: wound care, infusion, evaluation, etc.) emergency transportation, medical care, office or clinic visits, transfusions, supplies or medications related to the transplant.

This benefit also includes the medical expense of a resection from a donor up to a maximum of US-\$25,000.

-

Organ Transplant Procedure: Procedure by which an organ, cell or tissue is implanted from one part to another, or from one individual to another (within the same species). When an organ, cell or tissue is removed and then re-implanted in the same person. Any procedure/treatment to be approved under transplant's benefits should be medically recognized and not considered experimental. This benefit is only available after notification to the Insurer and must be authorized by the Insurer.

Organ Transplant Provider Network: A group of nationally and recognized Hospitals and Physicians certified to provide services related to Organ transplantation. The updated list of Hospitals and Doctors within the Provider Network for Organ Transplantation is available on the BMI website and is subject to changes and/or updates without prior notice.

ORIGINAL DATE OF COMMENCEMENT means the first date on which this Policy is issued, as reflected in the Certificate of Insurance for such Policy Year, and not the date of the Application or the date of renewal for any successive Policy Year.

OUTPATIENT SERVICES are medical treatments provided for the Insured when the Insured is not a registered in-patient in a Hospital, or in any other facility for medical care. Outpatient Services include services performed on a daily basis in a Hospital or emergency room. Laboratory Tests and Services are included as Outpatient Services if they are provided or ordered by a licensed Physician.

Outpatient Physician fees are covered at 100%. Other Outpatient Services, including Laboratory Tests and Diagnostic Services whether provided as standalone services or medically necessary for the administration of treatments such as Chemotherapy, Radiation Therapy, and Dialysis, are covered at 100% up to US-\$50,000. - per Insured, per Policy Year, subject to a combined limit of US\$6,000 for Physical Therapy, Rehabilitation, Occupational Therapy, Speech Therapy and Sleep Disorders.

Outpatient Services treatment for Chemotherapy, Radiation Therapy and Dialysis will be covered at 100% in or outside Country of Residence up to the stated Policy limit, only when performed in Outpatient Services facilities or by Physicians within the Plan Ideal Provider Network, subject to pre-authorization by the Insurer. Chemotherapy will only be covered when prescribed for cancer treatment. Outpatient Services treatment in the United States of America, for Chemotherapy, Radiation Therapy and Dialysis performed in Outpatient services facilities or by Physicians in the United States of America that are outside the Plan Ideal Provider Network will result in a fifty (50%) percent reduction of benefits.

PHYSICIAN is any person legally licensed to practice medicine in the country where treatment is provided and includes doctors of medicine, general practitioners, specialists, and consultants and who is rendering such treatment within the scope of his licensing and training.

PLAN IDEAL PROVIDER NETWORK is a group of Hospitals, Physicians and other medical providers in the United States of America, listed by the Insurer as the Plan Ideal Provider Network. This list may be changed periodically. To ensure that the provider of medical services is in the Plan Ideal Provider Network, all treatment, except Emergencies, must be coordinated by the Insurer.

POLICYHOLDER means the owner of this Policy in whose name this Policy is issued. The Policyholder is not an Insured under the terms of this Policy.

POLICY YEAR means the period of insurance of an Insured beginning on the Original Date of Commencement and ending on the twelve (12) month anniversary thereof; and any subsequent twelve (12) month period thereafter for any renewal of this Policy.

PRE-EXISTING CONDITIONS are any known medical conditions which are a consequence of any previous Sickness that has ever required hospitalization, medical

treatment and/or medication or has been diagnosed within ten (10) years prior to the Original Date of Commencement.

All disclosed Pre-existing Conditions shall be covered after the Policy's Original Date of Commencement, upon expiration of the waiting period applicable to this Policy, unless otherwise indicated and noted in the Certificate of Insurance.

Treatment for non-disclosed Pre-existing Conditions is not covered. Furthermore, non-disclosed Pre-existing Conditions or misleading information given to the Insurer could result in the denial of a claim, modification of the Policy, and/or the cancellation of the Policy.

PRESCRIPTION DRUGS are medications whose sale and use are legally restricted to prescription by a licensed Physician and do not include items that may be purchased without a Physician's prescription. Prescription Drugs, which are eligible certified expenses, will be covered when related to an Accident or Sickness covered under this Policy.

This benefit applies to Prescription Drugs that are administered while an inpatient during a Hospital stay and that are related to the procedure or treatment for which the Insured was hospitalized.

Prescription Drugs outside the Hospital will be covered at 100% for a maximum of 30 days immediately following discharge from the Hospital or Ambulatory Surgery.

Prescription Drugs outside the Hospital, not related to a Hospitalization or Ambulatory Surgery, will be covered up to US-\$ 20,000. - per Insured, per Policy Year when related to an Accident or Sickness covered under this Policy.

Prescription Drugs and treatments for cancer, specifically Chemotherapy, Radiotherapy and/or Immunotherapy, as well as any Prescription Drugs for side effects, will be covered at 100% only when all the following are met: (1) the medication is prescribed for cancer treatment, (2) when the medication is recognized, approved, and specifically, for the intended condition, by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), and 3) when the medication has been pre-authorized by the Insurer. The treatment plan should strictly adhere to the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines for type of cancer, stage, and location.

Specialty Prescription Drugs are high-cost, high complexity and/or high touch prescription medications used to treat complex, rare, or chronic conditions. Any medication not given while hospitalized will be considered as an outpatient drug. All decisions in respect to acceptance or coordination of the Specialty Prescription Drug benefit shall be taken solely by the Insurer. In the event the approved specialty drug can be safely administered in a preferred outpatient setting, the insurer will coordinate the drug delivery and its administration at such facility. In the event the approved specialty drug is self-administered, the insurer will

coordinate drug dispensing and delivery with either the prescriber or a licensed network pharmacy or pharmacy distributor.

Specialty Drugs must be approved in advance by the Insurer to be covered and will be coordinated and provided in advance by the Insurer with approved licensed pharmacies and drug distributors within the policy network and will be considered only when it is the only treatment option and/or other treatment options have been exhausted. Approved Specialty Drugs are limited to a 30-day supply in order to prove effectiveness and safe for use prior to continuing the treatment. If the drug is effective, it will be approved by the insurer according to the plan of treatment.

All decisions respecting acceptance or coordination of the Prescription Drug benefit shall be taken solely by the Insurer.

When administered outside the Hospital, not related to a Hospitalization or Ambulatory Surgery, Specialty Prescription Drugs will be subject to the limits specified in the Prescription Drugs provision of this Policy.

HEMGENIX (generic name: etranacogene dezaparvovec-drlb) is the adeno-associated virus vector-based gene therapy that is indicated for the treatment of adult patients with Hemophilia B. Notwithstanding any rule, term, or definition under this Policy's Provisions of Coverage related to Prescription Drugs, this treatment will only be covered up to US\$ 1,000,000 per Insured, for lifetime, and after the Annual Deductible has been satisfied, and must be administered in the following circumstances:

1. while inpatient during a Hospital stay; and
2. while outside the Hospital for a maximum of 30 days immediately following discharge from the Hospital or Ambulatory Surgery.

When administered outside the Hospital, not related to a Hospitalization or Ambulatory Surgery, this treatment will be subject to the limits specified in the Prescription Drugs provision of this Policy.

This treatment must be coordinated and approved by the Insurer in accordance with the Specialty Prescription Drugs provision of this Policy. Coverage of this treatment is limited up to the amount of recommended dosage by the Food & Drug Administration of the USA. An Insured must meet all of the following requirements in order for the treatment to be approved:

1. is between the ages of 18 to 75 years old;
2. is diagnosed with Hemophilia B, confirmed through a Factor IX Assay showing decreased factor IX levels, at the time of birth;
3. is prescribed by, or in consultation with, a hematologist that provides attestation of knowledge the Insured is suitable for treatment, which includes measurements of the Insured's AAV5 viral vector antibody titer;

4. must have moderate to severe Hemophilia B, which is defined as an Insured having Factor IV activity less than 5%;
5. must currently be on Factor IX Prophylaxis therapy with greater than 150 prior exposure days to treatment;
6. must not have received any prior treatment with any other gene therapy for Hemophilia B;
7. must receive preapproval, by the Insurer, of the Hemophilia Treatment Center where the Insured is to receive this treatment; and
8. must provide the Insurer with clinical outcome information for high-cost treatments, attested to by the requesting Physician.

PROFESSIONAL SPORTS, as opposed to amateur, are sports in which the participants receive payment or monetary compensation for their performance either in competitions, demonstrations, or training.

SICKNESS means illnesses or disorders of which symptoms first manifest themselves after the Original Date of Commencement and during the Policy Year.

SURGICAL TREATMENT FOR SYMPTOMATIC FOOT DISORDERS are surgical treatments for the purpose of correcting symptomatic foot disorders. Such treatments will be covered under this Policy, provided that the Insured has been continuously insured under this Policy for a period of not less than two (2) Policy Years. This benefit has a maximum limit of US\$ 1,000. - per Insured, per Policy Year after the Annual Deductible has been satisfied. Surgical treatments for symptomatic foot disorders related to an accident will be covered at 100% after the Annual Deductible has been satisfied. All decisions respecting acceptance or coordination of this benefit shall be taken solely by the Insurer. Pre-notification and pre-authorization are required. Any non-surgical treatment of foot diseases, such as Corns, Calluses, Hallux Valgus Bunions, Hammer Toe, Morton's Neuroma, Flat Feet, Weak Arches, Weak Feet and other non-surgical symptomatic disorders of the foot are excluded from the scope of this benefit, including but not limited to pedicure, nails, etc.

USUAL AND CUSTOMARY CHARGES: Benefits payable under this Policy are limited to the medically necessary services and treatments certified by the Insurer as covered where appropriate. Amounts payable shall be limited to the reasonable, Usual and Customary Charges for Hospital and medical services in the area where such services are provided.

WELL-CHILD CHECKUP, INCLUDING ROUTINE IMMUNIZATIONS, is a preventive healthcare appointment that allows a medical professional to assess a child's overall health and development. This benefit covers vaccinations administered by a licensed Physician during the well-child checkup. It is available only to Dependents under the age of 18, provided they have been continuously covered under this Policy for at least one (1) Policy Year, except for Dependents born under a

Maternity covered by this Policy. Thereafter, the benefit will be available each Policy Year as long as continuous coverage is maintained. Coverage for this benefit is limited to USD 100 per child, per Policy Year.

ADMINISTRATION

CLAIMS PAYMENT: Whenever possible, the Insurer shall make direct payments to providers of medical services. When not possible, the Insurer will reimburse the Policyholder the contractual rate given the Insurer by the provider involved and/or in accordance with the usual, customary, and reasonable fees for that particular area, whichever is less. Any charges or portions of charges in excess of these amounts are the responsibility of the Policyholder. If a Policyholder is not living any unpaid benefits will be paid to the deceased Policyholder's estate. When direct payments to providers of medical services is not possible, reimbursement to the Policyholder will be made in the same currency in which medical services were paid to the providers.

COORDINATION OF BENEFITS: Where the Insured has another in force policy that provides benefits similar to those covered by this Policy, all claims must be made in the first instance against the other policy and this Policy will only indemnify its benefits when such benefits under the other policy have been paid and exhausted. The amounts paid for benefits covered under the other policy that are eligible under this Policy, will be applied to the Annual Deductible of the Insured. Once the Annual Deductible has been satisfied, the expenses that have not been paid by the other policy will be covered by this Policy, provided that they are eligible according to the Rules, Terms and Limits of this Policy.

Subrogation and Indemnification

Should the Insured receive benefits under the Policy, the Insurer will acquire all rights of recovery or causes of action that the Insured may have against any person or organization, up to the amount of benefits paid. The Insured must sign and deliver any documents needed and do whatever else is necessary to protect the Insurer's subrogation rights.

ELIGIBILITY: Any person who resides in Latin America or the Caribbean will be eligible for coverage. The maximum age for enrollment as an Insured in Ideal Jr is 17.

Individual(s) are eligible for enrollment subject to the Insurer's approval of the Application for Insurance.

GRACE PERIOD: If premiums are not received by the Due Date, the Insurer will allow a Grace Period of thirty (30) days from the effective date of termination of the Policy for the Policy to be renewed. If the premium is not received by the Insurer prior to the end of the Grace Period, this Policy and all of its benefits will be deemed terminated as of the original Due Date of the Policy.

Benefits are not provided under the Policy during the Grace Period unless the Policy is renewed.

MISSTATEMENT OF AGE: If it has been proven that an Insured's age has been misstated and accordingly, such Insured would not have been eligible for coverage, the

Insurer's liability will be limited to a Refund, as defined. The Insurer retains the right to recover any and all claims previously paid.

POLICY CANCELLATION OR NON-RENEWAL: The Insurer retains the right to cancel or modify the Policy immediately if statements on the Application and/or the Medical Examination Form are found to be misrepresentations or incomplete, or if it is found that fraud has been committed.

If an Insured becomes a resident of the U.S. (resides in the U.S. for more than 180 days during any 365-day period) then coverage will automatically terminate at the next Renewal Date. If the Policyholder or spouse becomes a full-time student in the United States of America while this Policy is in effect, the Insurer, at its option, may extend coverage for one additional renewal period.

Submission of a fraudulent claim is grounds for termination of the Policy.

PREMIUM PAYMENT: Payment of the premium on time is the responsibility of the Policyholder. The premium is due on the Due Date. Premium notices are provided as a courtesy and the Insurer provides no guarantee of delivering premium notices. If a Policyholder has not received a premium notice thirty (30) days prior to the Due Date and the Policyholder does not know the correct renewal premium payment, the Policyholder should contact the Insurer.

Unless the premium described herein is paid to the Company at its Home Office within the grace period as provided in the policy, the policy will lapse and benefits terminate. No agent has the power, on behalf of the Company, to extend the time for paying premiums, nor shall payment to the agent be considered payment to the Company.

PROOF OF CLAIM: Written proof of all claims must be submitted to the Insurer on the Insurer's Claim Form within 180 days after the insured event for which the claim is made. Failure to submit a claim within the time required shall serve to invalidate the claim. Original receipts must be submitted with the Insurer's Claim Form and in the original currency in which billed. Photocopies of receipts are not acceptable. Exchange rates for payment of claims will be in accordance with the free-market exchange rate on the day of the occurrence of the event related to the Insured for which the claim is made.

All decisions respecting acceptance or rejection of any claim shall be taken solely by the Insurer.

REINSTATEMENT OF POLICY: If the Policy has been terminated for non-payment of premium due, the Insurer will consider its Reinstatement only after payment of the premium and submission of the Reinstatement Application Form as evidence of good health. No Reinstatements will be accepted 60 days after expiration of the Due Date.

The Reinstatement will occur when the Insurer:

- a) Accepts the overdue premiums, and
- b) Approves the Reinstatement Application Form.

The reinstated Policy will cover only Accidents that occur after the Policy Reinstatement date or a Sickness, the symptoms of which first manifest themselves not less than ten (10) days after the Reinstatement date.

REFUNDS: If a Policyholder or the Insurer cancels the Policy after it has been issued, reinstated or renewed, the Insurer will refund the unearned portion of the premium, less claims paid, administrative charges and policy fees, if any, to a maximum of 70% of unearned premium. Any policy fee and 30% of the base premium are non-refundable. The unearned portion of the premium is based on 365 days, or 180 days in the case of semi-annual Policy, minus the number of days the Policy was in force, even though later cancelled. In no event will premiums be refunded for a term exceeding one (1) Policy Year. In the case of cancellation due to the death of the Insured, the premium to be refunded will be paid to the name of the Policyholder. If the Policyholder is deceased, then the premium to be refunded will be paid to the deceased Policyholder's estate.

RENEWAL PROVISIONS: It is agreed that the renewal of coverage is guaranteed, except in case of non-payment of premium, fraud and/or misrepresentation, provided that:

1. The Policy has remained continuously in force without interruption.
2. The Policyholder accepts the Rules, Terms, Definitions and Benefits of the Policy prevailing at the time of Renewal.
3. No notice of cancellation has been given by the Policyholder at least one (1) month prior to the renewal and the premium has been paid within thirty (30) days of the renewal date, in which case, renewal of coverage, shall be automatic. At each renewal a receipt will be issued as evidence that the insurance is in force.

It is further agreed that this Policy shall be renewed on each renewal date subject to the Rules, Terms, Definitions, Benefits and premium rates in force at the time of each renewal.

TERM OF POLICY: Policies are deemed annual contracts subject to payment of premium. Policies not

paid by the Due Date or within the Grace Period shall be cancelled as of the Due Date.

BINDING ARBITRATION OF ALL DISPUTES

Any and all disputes, claims, controversies, arising out of or relating to this Policy and Certificate of Insurance must be submitted to binding arbitration in Miami-Dade County, Florida, and must be conducted in the English language. The arbitration shall be governed by the Federal Arbitration Act, 9 U.S.C. §§1-16, 201-208, and 301-307, to the exclusion of state laws inconsistent therewith or that would produce a different result, and judgment on the award rendered by the arbitrator may be entered by any court having jurisdiction thereof. The laws of the state of Florida shall be deemed the controlling and applicable law under this Policy and Certificate of Insurance, with the exception of the Florida Insurance Code codified at Florida Statutes Chapters 624-632, 634, 635, 636, 641, 642, 648, and 651, and any and all federal regulations, including without limitation the Patient Protection and Affordable Care Act, which are specifically excluded from having any applicability to this Policy and Certificate of Insurance.

Notwithstanding the foregoing, the insured and the company agree that the terms, conditions, provisions and exclusions of this Policy and Certificate of Insurance are to be construed in an evenhanded fashion as between the parties, including without limitation, where the language of this Policy and Certificate of Insurance are alleged to be ambiguous or otherwise unclear, the issue shall be resolved in the matter most consistent with the relevant terms, conditions, provisions or exclusions of the Policy and Certificate of Insurance (without regard to the authorship of the language or the doctrine of reasonable expectation of the parties and without any presumption or arbitrary interpretation or construction in favor of either party or parties) and in accordance with the intent of the parties. The arbitrators' award shall not include punitive or exemplary damages. The expense of arbitration shall be shared equally between the insured and the company, and each party will pay their own legal and attorney's fees and costs incurred in the arbitration.

The insured and the company will submit their dispute to three (3) arbiters. Each party will choose one arbiter and the third arbiter will be chosen by the two arbiters chosen by the parties. Either party can initiate arbitration by written notice to the other party naming an arbiter and demanding arbitration. The other party shall have thirty (30) days once such notice is received to name its arbiter. The two chosen arbiters will choose the third arbiter within thirty (30) days. If either party fails to name a second arbiter within the thirty (30) days from when notice is served, then the party who failed to choose the arbiter agrees that the other party will choose the second arbiter at the expiration of the thirty (30) days, and the arbitration will move forward as above, after selection of the third arbiter. Arbitration will take place in the State of Florida in

Miami-Dade County wherein exclusive jurisdiction lies and is hereby agreed to by the insured and the Company.

Except as may be required by law or to the extent necessary in connection with a judicial challenge, or enforcement of an award, neither a party nor the arbitrators may disclose the existence, content, record or results of an arbitration. A stenographic record shall be made of all testimony in any arbitration, and an award shall be accompanied by a short statement of the reasoning on which the award rests.

In the event a Party believes there is a clear error of law, and within thirty (30) days of receipt of an award of US\$250,000.00 or more, which shall not be binding if an appeal is taken, a Party may notify the other party of its intention to appeal the award to a fourth arbitrator (the "Appeal Arbitrator") who shall have no less than twenty (20) years of experience in the active practice of law or as a former judge, and to which the parties must agree on. If the parties cannot agree upon an Appeal Arbitrator, then the third arbitrator selected shall select the Appeal Arbitrator. The award, as confirmed, modified or replaced by the Appeal Arbitrator shall be final and binding, and judgment thereon may be entered by any court having jurisdiction thereof. No other arbitration appeals may be made.

The Parties will cooperate in good faith in the voluntary, prompt and informal exchange of all documents and information (that are neither privileged nor proprietary) relevant to the dispute or claim, all documents in their possession or control on which they rely in support of their positions or which they intend to introduce as exhibits at the final hearing, the identities of all individuals with knowledge about the dispute or claim and a brief description of such knowledge, and the identities, qualifications and anticipated testimony of all experts who may be called to testify or whose report may be introduced at the hearing. The Parties and arbitrators will make commercially reasonable efforts to conclude the document and information exchange within sixty (60) calendar days after all pleadings or notices of claims have been received and the arbitration has been officially commenced. At the request of a Party in any arbitration in which a disclosed claim or counterclaim exceeds US\$250,000.00, the arbitrators may also order prefinal hearing discovery by deposition upon good cause shown. As they become aware of new documents or information (including experts who may be called upon to testify), all Parties remain under a continuing obligation to provide relevant, nonprivileged documents, to supplement their identification of witnesses and experts, and to honor any understandings between the Parties regarding documents or information to be exchanged. Documents that have not been previously exchanged, or witnesses and experts not previously identified, will not be considered by the arbitrators at the hearing. Fourteen (14) calendar days before the hearing, the Parties will exchange and provide to the arbitrators (a) a list of witnesses they intend to call (including any experts) with a short description of the anticipated direct testimony of

each witness and an estimate of the length thereof, and (b) premarked copies of all exhibits they intend to use at the hearing.

The arbitrators may only award monetary relief and are not empowered to award damages other than compensatory damages and, in the arbitrators' discretion, interest. The arbitrators' award shall not include punitive or exemplary damages. The award shall be in satisfaction of all claims by all Parties. Arbitrator fees and expenses shall be borne equally by the Parties. Postponement or cancellation fees and expenses shall be borne by the Party causing the postponement or cancellation. Except as otherwise provided in this Policy, each Party shall bear its own fees and expenses incurred, including but not limited to all filing fees, witness fees, expert witness fees, transcript costs, translator and translation costs, and its attorney's fees.

The Parties agree that any arbitration or other proceeding related to a dispute arising under this Policy and/or Application for said Policy, shall be conducted solely between them. Neither Party shall request, nor consent to any request, that their dispute be joined or consolidated for any purpose, including without limitation, to any class action or similar procedural device, with any other proceeding between such Party and any third party.

No agent may waive or change any provisions of the Application for Insurance, this Policy, or any document issued in respect thereof. Only an authorized officer of the Insurer may make any changes or waivers and such changes must be in writing.

EXCLUSION AND SANCTION LIMITATION (ESL)

The Insurer will not be obliged to grant or maintain coverage and the Insurer will not be responsible for paying any claim or providing any benefit under this contract, to the extent that granting such coverage, paying such claim or providing such benefit exposes the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the United States of America or any other nation's sanctions which would be applicable to the Insurer.

EXCLUSIONS

The following treatments, items and their related expenses are excluded from this Policy:

- 1) All treatment relating to non-disclosed Pre-existing Conditions, and those specifically excluded as stated on the Certificate of Insurance, if any, unless amended.
- 2) Costs for treatment within the first 30 days after the Original Date of Commencement regarding any

medical condition other than Accidents or Infectious Diseases.

- 3) Treatment required to be certified that is not certified by the Insurer.
- 4) Treatment that is in excess of the limits of coverage.
- 5) Any portion of any charge that is in excess of the usual, customary, and reasonable charge for the particular service for the area.
- 6) All transportation costs for obtaining medical treatment, other than a Local Ambulance.
- 7) Routine Medical Check-up (including vaccinations, the issuance of medical certificates and attestations and examinations as to suitability for employment or travel).
- 8) Routine ear and eye examinations, including the cost of all type of hearing aids (surgically and not surgically implanted); and eyeglasses, contact lenses, refraction disorders, strabismus, radial keratotomy and/or other procedures to correct vision.
- 9) Any dental treatment including false teeth, crowns, inlays and bridges, orthodontics and endodontic and periodontal dental care (other than Emergency Dental Treatment following an Accident).
- 10) Durable Medical Equipment, such as wheelchairs, hospital beds, and equipment required for physical or vocational therapy; the cost of customizing any vehicle, bathroom facility or residential facility; and all other Durable Medical Equipment, except as defined in this Policy.
- 11) Prostheses and corrective devices which are not medically required intra-operatively, except as defined in this Policy.
- 12) Cost of abortion (and its consequences) if performed for psychological or social reasons.
- 13) Treatment of mental illnesses, Autism (unless as defined in the Policy), apraxia, dyspraxia, and psychiatric or psychological disorders; treatment by a psychologist, psychiatrist or other mental health specialist; consequences or side effects as a result of treatments for mental, psychological or psychiatric illnesses.
- 14) Elective or cosmetic surgery or medical treatment which is primarily for beautification, unless necessitated by Injury, deformity or Sickness which first occurs while the Insured is covered under this Policy.
- 15) Any type of surgical treatment for nasal or septal deformity that was not caused by Accident or

trauma. Evidence of trauma must be confirmed radiographically (X-ray, CT scan, etc.).

- 16) Cost of services resulting from self-inflicted injury, suicide, abuse of alcohol, drug addiction or abuse.
- 17) Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS-Related Complex Syndrome (ARCS) and all diseases caused by and/or related to the virus HIV positive.
- 18) Treatment by a Family Member and autotherapy including prescription of drugs.
- 19) Cost of Organ Transplantation and acquisition of organ, including all expenses incurred by the donor, except for specifically covered Organ Transplantations as defined in this Policy.
- 20) Cost of acquisition and implantation of artificial heart and mono or bi-ventricular devices.
- 21) All expenses of any cryopreservation and the implantation or reimplantation of living cells.
- 22) Treatment of bodily Injury or Sickness resulting from an act of war; or from a nuclear or chemical accident; or from participation in riot, civil disturbance or any illegal act, including any bodily Injury or Sickness resulting from imprisonment.
- 23) Treatment for Sickness or Accidents arising as a result of serving as an active member of a police or military force or unit.
- 24) Charges for any services with respect to which there is no legal obligation on the Insured to pay. For the purposes of this paragraph, any charge which exceeds the charge that would have been made if no insurance coverage existed or which is made for any service which is normally or customarily given free of cost, shall be treated as a charge which there is no obligation to pay.
- 25) Complementary or alternative medicine including, but not limited to, self-care or self-help training; homeopathic medicine and counseling; lifestyle modifications, traditional Oriental medicine including acupuncture; chelation therapy; massage and herbal therapies. This Policy shall not cover any treatment, services, or supplies including, but not limited to, procedures; drugs; biological products; or medical devices or any hospitalization in connection with experimental or investigational treatment, services, or supplies. Experimental or investigational shall mean any treatment, services, or supplies including but not limited to procedures; hospitalizations; drugs; biological products; or medical devices, which are not approved by the Food and Drug Administration of the United States and not generally recognized by the medical community as effective or appropriate for the particular diagnosis or treatment of the Insured's particular condition, or provided or performed in special settings for research purposes or under a controlled environment or clinical protocol.
- 26) Complications of non-covered services, including the diagnoses or treatment of any condition which is a complication of a non-covered health care service.
- 27) Any expense for male or female sterilization, reversal of sterilization, sex change, sexual transformation, infertility, artificial insemination, sexual dysfunction, impotence, or inadequacies, and/or treatment of sexually transmittable diseases, unless as previously defined in the Policy.
- 28) Maternities and Newborn Care.
- 29) Any expense, service, surgery or treatment for obesity or weight control, including any form of food supplement.
- 30) Podiatric care including, but not limited to, foot care in connection with corns, calluses, bunions, hallux valgus, Morton's neuroma, flat feet, weak arches, weak feet, or other symptomatic complaints of the feet, including special shoes and inserts of any type or form.
- 31) Treatment by a bone growth stimulator, bone growth stimulation, or treatment relating to growth hormone, regardless of the reason for prescription.
- 32) An elective hospital admission more than twenty-three (23) hours before surgery.
- 33) Treatment of the jaw and jaw joint disorders, including, but not limited to, jaw anomalies, malformations, temporomandibular joint syndrome, craniomandibular disorders or other conditions of the jaw or jaw joint linking the jawbone and the skull and complex of muscles, nerves and other tissue relating to that joint.
- 34) Over the counter or non-prescription drugs; Prescription Drugs except as defined in this Policy.
- 35) Claims and costs for medical treatment occurring after the expiration date of the Policy, resulting from Accidents or Sickness during the Policy Year period, unless the Policy has been renewed.
- 36) Treatment for injuries resulting from participating in Professional Sports competitions, demonstrations, or training, in which the Insured receives a monetary compensation or financial benefit; and/or amateur competitions in motor sports that expose the participant to danger or risk.

**TRANSLATION
FOLLOWS**

**TRADUCCIÓN
AL ESPAÑOL
A CONTINUACIÓN**

La traducción al español de la Póliza se ofrece como cortesía al asegurado. La versión en inglés prevalecerá en caso de presentarse alguna discrepancia con la versión traducida.

IDEAL GUARANTEE JR

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY, I.I.

Best Meridian International Insurance Company, I.I., en lo sucesivo denominada “LA ASEGURADORA”, emite el Plan Ideal Guarantee Jr. La Póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico, el Certificado de Seguro, el presente documento y cualquier enmienda que se emita al respecto.

Por favor, lea cuidadosamente esta Póliza, la cual incluye la Solicitud de Seguro. La Póliza se ha emitido sobre la base de que toda la información de esta Póliza, incluyendo, sin limitación, toda la información contenida en la Solicitud, la cual forma parte de la Póliza, sea verdadera, correcta y esté completa a la Fecha de Inicio Original. El Asegurado tiene el deber absoluto de notificar a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud. Copia de la Solicitud, la cual forma parte de esta Póliza, se adjunta a esta Póliza solamente en la Fecha de Inicio Original.

En los Estados Unidos de América, el Plan Ideal Guarantee Jr proporciona cobertura en la Red de Proveedores Plan Ideal. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza:

DESCRIPCION DE BENEFICIOS	LIMITES
Cobertura Máxima, según indique en el Certificado de Seguro	US\$1,000,000 (US\$3,000,000 Cuando haya seleccionado el aditamento)
Cobertura Geográfica	Mundial
Servicios Médicos y Quirúrgicos en Hospitalización	100%
Honorarios Médicos en Hospitalización	100%
Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnóstico en Hospitalización	100%
Habitación Hospitalaria	100%, Máximo de 240 días
Unidad de Cuidados Intensivos	100%, Máximo de 240 días
Tratamiento de Cáncer (Medicamentos por Prescripción Médica, Quimioterapia, Radioterapia y/o Inmunoterapia)	100%
Diálisis	100%
Cirugía Ambulatoria	100%
Medicamentos por Prescripción Médica	
• En Hospitalización	100%
• Ambulatorios después de Hospitalización o Cirugía Ambulatoria	100% Máximo 30 Días
• Ambulatorios no relacionados a Hospitalización o Cirugía Ambulatoria	US\$20,000
Servicios Ambulatorios	
• Honorarios Médicos	100%
• Otros Servicios Ambulatorios	100%, hasta un Máximo de US\$50,000 (sujeto a un límite combinado de US\$6,000 para Fisioterapia, Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje y Terapia del Sueño)
Desordenes Congénitos	
• Diagnosticados antes de los 18 años de edad	US\$100,000, Vitalicio
• Diagnosticados después de los 18 años de edad	100%
Servicio Local de Ambulancia	100%
Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de Accidente	100%

Trasplante de Órganos	US\$300,000 Vitalicio, incluye US\$25,000 para Resección del Donante
Tratamiento Médico de Emergencia en los Estados Unidos de America fuera de la Red Ideal	US\$50,000
Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos	US\$25,000
Autismo	US\$1,000
Tratamiento Quirúrgico para Desordenes Sintomáticos de los Pies	
• Relacionado a Accidente	100%
• No relacionado a Accidente	US\$1,000
Aparato Auditivo	US\$500 Vitalicio
Chequeo Médico Rutinario de un Niño, incluyendo Inmunizaciones Rutinarias	US\$100, por Niño
Enfermera en el Hogar	30 Días
Visita Médica Domiciliaria	10 Visitas

Todos los beneficios son por Asegurado, por Año Póliza, a menos que se indique lo contrario y están sujetos al Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro. Los beneficios están sujetos a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el área donde se presten los servicios.

COBERTURA

1. GENERAL

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados después que el Deducible Anual haya sido satisfecho para Servicios Hospitalarios y Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis.

Honorarios Médicos ambulatorios serán cubiertos al 100%. Otros Servicios Ambulatorios estarán cubiertos al 100% de los gastos elegibles y certificados hasta US\$50,000 después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, sujeto a un límite combinado de US\$6,000 por Asegurado, por Año Póliza, para Fisioterapia, Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje y Desordenes del Sueño.

El Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

No se aplicará Deducible Anual a lo siguiente:

- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de Accidente
- Servicio Local de Ambulancia
- Chequeo Médico Rutinario de un Niño, incluyendo Inmunizaciones Rutinarias

La cobertura durante los primeros 30 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

2. REQUISITOS DE NOTIFICACION

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o Servicios Ambulatorio. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Titular hacer la notificación antes del Asegurado recibir tratamiento, el Titular tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento. La falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del treinta (30%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de la Póliza.

3. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Revisión Concurrente, Gestión de Casos y Exámenes Clínicos.

Todas las decisiones que pertenecen al juicio profesional médico o clínico independiente, la formación o la necesidad de servicios médicos, recae en el Titular de la Póliza y los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Estas partes tienen la responsabilidad de determinar la naturaleza, el momento y la provisión de atención médica a ser brindada o recibida. La Aseguradora, por otro lado, es el único responsable de determinar si los gastos incurridos, o a ser incurridos,

para la atención médica se alinean con los parámetros de cobertura de esta Póliza. Esta responsabilidad no será una intrusión o una supresión de las decisiones médicas de los Médicos o proveedores de atención médica del Asegurado. Sin embargo, se reconoce que pueden surgir situaciones en las que la interpretación del Asegurador de lo que es Médico Necesario según se define en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza puede no coincidir con las determinaciones médicas realizadas por los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Por lo tanto, mientras se enfatiza la autonomía clínica de los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado, también se reconoce que la decisión final sobre lo que es Médico Necesario se toma teniendo en cuenta los criterios establecidos en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza.

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios Ambulatorios para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá revisar las estadías en el Hospital, así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Aseguradora podrá hacer disponible este programa para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora trabajará con el Médico y los proveedores de atención médica del Asegurado para garantizar que él o ella esté recibiendo el tratamiento médicamente necesario, en el contexto clínico más apropiado, de acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza. La Aseguradora, a su exclusivo criterio, establecerá cuándo debe activarse este programa.

C. Examen Clínico

La Aseguradora se reserva el derecho y la oportunidad de examinar o solicitar otra opinión clínica a cualquier Asegurado cuya Enfermedad o Lesión sea la base de un reclamo, cuando y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesario durante la tramitación del reclamo. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y registros médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga dichos informes y registros médicos. Si no se autoriza la divulgación de todos los registros médicos solicitados por la Aseguradora, se denegará la reclamación. La Aseguradora tiene derecho a solicitar una autopsia en caso de muerte en un centro de su elección.

REGLAS, TÉRMINOS Y DEFINICIONES

La Aseguradora pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza en los que se hayan incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad o dolencia de que se trate. El pago será limitado a los gastos Usuales y Acostumbrados como se define en esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica. Las definiciones siguientes se aplican a este seguro:

ACCIDENTE se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra dentro del período del Año Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima y fuera del control de la misma.

CIRUGIA AMBULATORIA es cualquier cirugía practicada en la sección ambulatoria de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores Plan Ideal, después de notificar a la Aseguradora. Los beneficios pagaderos por servicios prestado fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

DEDUCIBLE ANUAL es la suma pagada por el Titular por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos.

SOLICITUD significa el formulario proporcionado por el Asegurador al Asegurado, y todas las respuestas y declaraciones hechas por el Asegurado en el mismo y en respuesta sobre el Asegurado y/o su(s) dependiente(s), y que son utilizados por la Aseguradora para decidir si aceptar el riesgo, modificar la cobertura ofrecida o

rechazar el riesgo. La Solicitud incluye todos los documentos, cuestionarios, y materiales escritos presentados a la Aseguradora por el Asegurado o en nombre del Asegurado y/o de su(s) dependiente(s), incluyendo, pero no limitado a cualquier Examen Médico. Todas las Solicitudes están sujetas a evaluación por parte de la Aseguradora. La aceptación no está garantizada.

AUTISMO significa los tratamientos relacionados a Autismo, incluyendo terapia y medicinas, los cuales quedan cubiertos hasta US-\$ 1,000. - por Asegurado, por Año Póliza después que el Deducible Anual haya sido satisfecho. Quedan excluidos del alcance de este beneficio los gastos relacionados con terapia recreacional y cuidados de custodia. Este beneficio deberá ser coordinado y aprobado por la Aseguradora. La pre-notificación y pre-autorización son requeridas.

DESORDENES CONGENITOS o Enfermedades son trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios. La cobertura para Desordenes Congénitos bajo esta Póliza es como sigue:

- A. El beneficio máximo para cobertura de Desórdenes Congénitos diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad será hasta US-\$ 100,000. - por Asegurado de por vida.
- B. El límite máximo de por vida para Desórdenes Congénitos diagnosticados al Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será hasta el límite máximo de la Póliza, según conste en el Certificado de Seguro.

PAIS DE RESIDENCIA El País donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier Año Póliza o donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. El Asegurado solo tiene derecho a un (1) País de Residencia a la vez bajo esta Póliza. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio.

MONEDA: Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario.

FECHA DE VENCIMIENTO significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS: La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero

sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el malfuncionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico autorizado, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como un Equipo Médico Duradero, este no necesariamente será cubierto en todos los casos. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora y los mismos deberán ser provistos por la Aseguradora o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora.

El beneficio de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos está limitado a US-\$25,000. - por Asegurado, por Año Póliza.

EMERGENCIA se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro de los noventa (90) días de sufrido el Accidente.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: El Plan Ideal provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal en los Estados Unidos de América para aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o una Lesión seria. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal serán pagados hasta un máximo de cincuenta mil dólares (US-\$50,000. -) por incidente, después de que el Deducible Anual y Co-aseguro hayan sido satisfechos. El Titular será responsable por cincuenta (50%) por ciento de todos los cargos médicos que excedan el beneficio de

cincuenta mil dólares (US-\$50,000. -) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal.

En el caso que el problema no sea una emergencia tal y como se define anteriormente, el Asegurado será responsable por cincuenta (50%) por ciento de todos los cargos médicos cubiertos.

MIEMBRO DE LA FAMILIA es definido como cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo/a, nieto/a, suegro, suegra, tío y tía del Asegurado.

APARATO AUDITIVO es un dispositivo médico destinado a amplificar el sonido en caso de fallo auditivo el cual deberá ser prescrito por un Médico. Este beneficio tiene un límite máximo vitalicio de US-\$ 500.- por Asegurado, después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, siempre y cuando el Asegurado haya estado continuamente cubierto por esta Póliza por lo menos durante un (1) Año Póliza.

VISITA MEDICA DOMICILIARIA ofrece los siguientes servicios, siempre y cuando sean brindados por un Médico debidamente licenciado y después que el Deducible Anual haya sido satisfecho:

- a) Atención médica en el hogar del Asegurado por alteraciones de la salud que no son de gravedad pero requieren atención médica.
- b) Atención médica en el hogar en el caso en que un Asegurado se encuentre incapacitado para poder atender a una cita médica relacionada directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las Reglas, Términos y Definiciones de esta Póliza.
- c) Atención de emergencia derivada de la atención médica domiciliaria. Esta cobertura incluye la atención del Asegurado en el sitio, solución del problema de salud siempre que sea posible, o estabilización del paciente, siempre en casos de emergencia médica o enfermedades que sean consecuencia de una Visita Médica Domiciliaria.
- d) La Visita Médica Domiciliaria tiene un límite de 10 visitas por asegurado, por año póliza.
- e) Este beneficio se pagará por reembolso al Asegurado sujeto a la presentación de los recibos originales juntos con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora en la moneda nacional en que fueron facturados. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados en el área donde dichos servicios sean proporcionados.
- f) Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora.

Quedan excluidos del alcance de la Visita Médica Domiciliaria la colocación de sueros, administración de antibióticos, cuidados del paciente postrado, cambio de catéteres de cualquier tipo, así como los tratamientos médicos crónicos de diálisis, quimioterapia,

radioterapias, rehabilitación y cualquier otro tratamiento crónico, salvo aquellos derivados en forma inmediata por la atención en caso de emergencia.

ENFERMERA EN EL HOGAR significa los servicios médicos de una enfermera licenciada por el gobierno, en el hogar del Asegurado, prescritos por un Médico y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las Reglas, Términos y Definiciones de esta Póliza. Los cuidados de Enfermera en el Hogar se cubren después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, sujeto a los costos Razonables, Usuales y Acostumbrados en el área donde dichos servicios sean proporcionados. Este beneficio está limitado a un máximo de 30 días, por Año Póliza. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora. Se deberá presentar un plan de tratamiento que justifique la necesidad médica y no incluye los cuidados de custodia.

HOSPITAL es cualquier institución legalmente licenciada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra enclavado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

SERVICIOS HOSPITALARIOS son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios Ambulatorios y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

ENFERMEDAD INFECCIOSA es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

LESION significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

ASEGURADO es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

EXAMENES DE LABORATORIO Y SERVICIOS DE DIAGNOSTICO incluyen análisis de laboratorio y las

investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA es la transportación médica de emergencia a un Hospital local.

EXAMEN MEDICO significa declaración escrita de un Médico sobre la salud del Asegurado con relación a la condición física y médica del Asegurado y/o su(s) dependiente(s), si aplica, basado en observaciones clínicas y/o pruebas médicas las cuales son utilizadas por la Aseguradora con el propósito de evaluar el riesgo. El Examen Médico debe ser documentado utilizando formulario médico aprobado por la Aseguradora.

MEDICAMENTO NECESARIO se refiere a tratamiento, servicio, o suministro médico que la Aseguradora determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:

- a) Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;
- b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
- c) Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- d) No se le reconoce médica ni científicamente;
- e) Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.

NOTIFICACION es el procedimiento por medio del cual el Titular notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

TRASPLANTE DE ORGANOS se refiere a la cantidad máxima pagadera para el beneficio de Trasplante de Órganos hasta el máximo establecido por la Póliza por Asegurado de por vida. Incluye Trasplantes de Órgano sólido y Trasplante de tejidos o células que sean médicamente reconocidos y que no sean considerados experimentales. La cobertura de Trasplante de Órganos y tejidos humanos es proporcionada solamente dentro de la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos. El beneficio de Trasplante de Órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por un proveedor médico calificado, que haya sido certificado y validado por una segunda opinión médica o quirúrgica y además aprobada por el Equipo Clínico de Pre-autorización de la Aseguradora y siempre está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de la póliza.

Este beneficio está limitado a US-\$300,000. - por Asegurado, de por vida para Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea, pulmón o páncreas. Ningún otro Trasplante es cubierto. Este beneficio incluye:

- A. Cuidados previos al Trasplante, incluyendo servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad de Trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante;
- B. Estudios pre-operatorios incluyendo, pero no limitado a, Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnostico como las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros;
- C. El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano;
- D. El procedimiento de Trasplante del órgano;
- E. Cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante. Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.
- F. Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la herida, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas de oficina o clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

Este beneficio también incluye los gastos médicos ocasionados por la resección del órgano de un donante hasta un máximo de US-\$25,000. -

Procedimiento de Trasplante de Órganos:

Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido se implanta de una parte a otra, o de un individuo a otro (dentro de la misma especie). Cuando se extrae un órgano, célula o tejido y luego se vuelve a implantar en la misma persona. Cualquier procedimiento/tratamiento que se apruebe bajo el beneficio de Trasplante deberá ser médicamente reconocido y no considerado experimental. Este beneficio solo está disponible después de la notificación a la Aseguradora y deberá ser autorizado por la Aseguradora.

Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos:

Un grupo de Hospitales nacionalmente reconocidos y Médicos certificados para prestar servicios relacionados con Trasplante de Órganos. La lista actualizada de Hospitales y Médicos dentro de la Red de Proveedores para Trasplante de Órganos está disponible en el sitio web del BMI y está sujeta a cambios y/o actualizaciones sin previo aviso.

FECHA DE INICIO ORIGINAL significa la primera fecha en que esta Póliza es emitida, como se refleja en el Certificado de Seguro para dicho Año Póliza, y no es la

fecha de la Solicitud o la fecha de renovación para cualquier Año Póliza subsiguiente.

SERVICIOS AMBULATORIOS son tratamientos médicos proporcionados al Asegurado cuando este no está registrado como paciente hospitalizado en un Hospital, ni en ninguna otra instalación de atención médica. Los Servicios Ambulatorios incluyen los servicios realizados diariamente en un Hospital o sala de emergencias. Los Exámenes y Servicios de Laboratorio se incluyen como Servicios Ambulatorios si son proporcionados u ordenados por un Médico licenciado.

Los Honorarios Médicos ambulatorios están cubiertos al 100%. Otros Servicios Ambulatorios, incluidos los Exámenes de Laboratorio y Servicios Diagnósticos, ya sea que se proporcionen como servicios independientes o sean médicamente necesarios para la administración de tratamientos como Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis, están cubiertos al 100% hasta un máximo de US\$50,000 por Asegurado, por Año Póliza, sujeto a un límite combinado de US\$6,000 por Asegurado, por Año Póliza, para Fisioterapia, Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje y Desordenes del Sueño.

El tratamiento ambulatorio para Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis estará cubierto al 100% dentro o fuera del País de Residencia hasta el límite de la Póliza, únicamente cuando se realice en instalaciones ambulatorias o por Médicos dentro de la Red Ideal de Proveedores del Plan, y está sujeto a pre-autorización del Asegurador. La Quimioterapia solo será cubierta cuando sea prescrita para el tratamiento del cáncer.

Los tratamientos realizados en los Estados Unidos de América fuera de la Red Ideal de Proveedores del Plan tendrán una reducción del 50% en los beneficios.

MEDICO es cualquier persona legalmente licenciada para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento.

RED DE PROVEEDORES PLAN IDEAL es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos en los Estados Unidos de América que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores Plan Ideal. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores Plan Ideal, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

TITULAR DE POLIZA es el dueño de esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. El Titular de Póliza no es un Asegurado bajo los términos de esta Póliza.

AÑO POLIZA significa el período de cobertura de un Asegurado comenzando en la Fecha de Inicio Original y

terminando en el doceavo (12vo) mes aniversario del mismo; y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses para cualquier renovación de esta Póliza.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Seguro.

Tratamientos por Condiciones Pre-existentes no declaradas no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Aseguradora podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCION MEDICA son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico con licencia y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Este beneficio aplicará a los Medicamentos por Prescripción Médica administrados al Asegurado mientras que se encuentre hospitalizado y cuando estén relacionados al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital serán cubiertos al 100% por un período máximo de 30 días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria.

Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Hospital que no estén relacionados a una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, serán cubiertos hasta US-\$ 20,000. - por Asegurado, por Año Póliza cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Los Medicamentos por Prescripción Médica y tratamientos para el cáncer, específicamente Quimioterapia, Radioterapia y/o Inmunoterapia, incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, por National Comprehensive Cancer

Network (NCCN), y (3) cuando el medicamento haya sido preautorizado por la Aseguradora. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

Prescripciones o Medicamentos Especializados son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción “high touch” utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas. Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones o Medicamentos Especializados serán solamente tomadas por la Aseguradora. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado se pueda administrar de forma segura en un centro ambulatorio preferido, la Aseguradora coordinará la administración y entrega del medicamento a dicho centro. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado sea auto administrado, la Aseguradora coordinará la dispensación y entrega del medicamento ya sea con el médico que prescribió el medicamento, o con la farmacia de la Red o con el distribuidor de medicamentos.

Los Medicamentos Especializados deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la Aseguradora a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán considerados sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los Medicamentos Especializados que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Aseguradora de acuerdo con el plan de tratamiento.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Aseguradora.

Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, las Prescripciones o Medicamentos Especializados estarán sujeto a los límites especificados en la disposición sobre Medicamentos por Prescripción Médica de esta Póliza.

HEMGENIX (nombre genérico: etranacogene dezaparvovec-drlb) es la terapia génica basada en vectores de virus adeno-asociados que está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con Hemofilia B. No obstante, cualquier regla, término o definición bajo las Disposiciones de Cobertura de esta Póliza relacionadas con Medicamentos por Prescripción Médica, este tratamiento sólo será cubierto hasta US\$1,000,000- por Asegurado, de por vida, y después de que el Deducible

Anual haya sido satisfecho, y debe ser administrado en las siguientes circunstancias:

1. durante la hospitalización; y
2. mientras se encuentre fuera del Hospital durante un máximo de 30 días inmediatamente después del alta del Hospital o de Cirugía Ambulatoria.

Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, este tratamiento estará sujeto a los límites especificados en la disposición sobre Medicamentos por Prescripción Médica de esta Póliza.

Este tratamiento debe ser coordinado y aprobado por la Aseguradora de acuerdo con la cláusula de Prescripciones o Medicamentos Especializados de esta Póliza. La cobertura de este tratamiento está limitada hasta la cantidad de dosis recomendada por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos. El Asegurado debe cumplir con todos los siguientes requisitos para que el tratamiento sea aprobado:

1. tiene entre 18 y 75 años;
2. se le diagnostica hemofilia B, confirmada mediante una prueba de factor IX que muestra niveles reducidos de factor IX, en el momento del nacimiento;
3. es prescrito por, o en consulta con, un hematólogo que da fe de que el Asegurado es apto para el tratamiento, lo que incluye mediciones del título de anticuerpos del vector viral AAV5 del Asegurado;
4. debe tener Hemofilia B de moderada a grave, que se define como un Asegurado que tiene una actividad del Factor IV inferior al 5%;
5. deben estar actualmente en tratamiento profiláctico con Factor IX con más de 150 días de exposición previos al tratamiento;
6. no debe haber recibido ningún tratamiento previo con cualquier otra terapia génica para la Hemofilia B;
7. debe recibir la aprobación previa, por parte de la Aseguradora, del Centro de Tratamiento de Hemofilia donde el Asegurado vaya a recibir este tratamiento; y
8. debe facilitar a la Aseguradora información sobre los resultados clínicos de los tratamientos de alto costo, atestiguados por el Médico solicitante.

DEPORTES PROFESIONALES, a diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

ENFERMEDAD se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y durante el Año Póliza.

TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA DESORDENES SINTOMATICOS DE LOS PIES es tratamiento quirúrgico con el propósito de corregir desórdenes sintomáticos de los pies. Dichos tratamientos quedarán

cubiertos bajo esta Póliza, siempre y cuando el Asegurado haya estado continuamente asegurado bajo esta Póliza por un período no menos de dos (2) Años Póliza. Este beneficio tiene un límite máximo de US-\$5,000.- por Asegurado, por Año Póliza después que el Deducible Anual haya sido satisfecho. Los tratamientos quirúrgicos para trastornos sintomáticos del pie relacionados con un accidente estarán cubiertos al 100% una vez satisfecho el Deducible Anual. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora. La pre-notificación y pre-autorización son requeridas. Queda excluido del alcance de este beneficio cualquier tratamiento no quirúrgico de enfermedades de los pies, como Callos, Callosidades, Juanetes-Hallux Valgus, Dedo en Martillo, Neuroma de Morton, Pies Planos, Arcos Débiles, Pies Débiles y otros trastornos sintomáticos no quirúrgicos de los pies, incluyendo, pero no limitado a pedicure, uñeros, etc.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Aseguradora. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

CHEQUEO MÉDICO RUTINARIO DE UN NIÑO, INCLUYENDO INMUNIZACIONES RUTINARIAS, es una cita de atención médica preventiva que permite a un profesional médico evaluar la salud y el desarrollo de un niño, incluyendo las vacunas administradas por un Médico licenciado durante el chequeo médico rutinario de un niño. Este beneficio se otorga solamente a Dependientes menores de 18 años, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un (1) Año de Póliza, a menos que se trate de un Dependiente nacido de una Maternidad cubierta por esta Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará cada Año de Póliza de cobertura continua. Este beneficio está limitado a US-\$100.- por niño, por Año de Póliza.

ADMINISTRACION

PAGOS DE RECLAMACIONES: Siempre que sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora le devolverá al Titular la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Titular será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Titular de Póliza ya no vive, la Aseguradora pagará los beneficios que aún no se hayan pagado al caudal hereditario del Titular de Póliza. Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Titular será hecho en la

misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores.

COORDINACION DE BENEFICIOS : En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza.

Subrogación e Indemnización

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta, así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Aseguradora.

ELEGIBILIDAD : Personas residentes en América Latina o el Caribe serán elegibles para la cobertura. La edad máxima de inscripción como Asegurado en el Plan Ideal Jr será los 17 años de edad.

Las personas serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Aseguradora de la Solicitud de Seguro.

PERIODO DE GRACIA: Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes de la Fecha de Vencimiento, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de 30 días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para que la Póliza pueda ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán efectivo en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras ésta no haya sido renovada.

DECLARACION FALSA DE LA EDAD: Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Aseguradora quedará limitada a la Devolución como se define en esta Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA:

La Aseguradora se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario

de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente en la próxima Fecha de Vencimiento. Si el Titular de Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en los Estados Unidos mientras esta Póliza se encuentra en efecto, la Aseguradora, a su propia discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza.

PAGO DE LA PRIMA: El Titular es responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Titular no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

PRUEBA DE RECLAMACION: La Prueba escrita de Reclamación deberá someterse a la consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro de los 180 días siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. El incumplimiento de efectuar dicha reclamación, dentro del plazo fijado en el reglamento, invalidará la reclamación. Los recibos originales deben enviarse junto con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora y en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con las tasas de cambio del mercado libre, en el día de la ocurrencia del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora serán solamente tomadas por la Aseguradora.

REHABILITACION DE LA POLIZA: Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Aseguradora considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del

Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud. No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

- a) Acepte la prima vencida atrasada y
- b) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de Rehabilitación.

DEVOLUCIONES: Si un Asegurado o la Aseguradora anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Aseguradora devolverá la porción no devengada de la prima, menos los reclamos pagados, gastos administrativos y derechos de emisión de Póliza (policy fees), hasta un máximo del 70% de la prima no devengada. Los gastos administrativos y 30% de la prima básica no son reembolsables. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Asegurado de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al Titular. Si el Titular ha fallecido, entonces la prima a ser devuelta se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza.

DISPOSICIONES SOBRE RENOVACION: Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

1. La póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
2. El Titular acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
3. No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Titular de Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de 30 días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación.

TERMINOS DE LA POLIZA: Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las

Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

ARBITRAJE VINCULANTE DE TODOS LOS LITIGIOS

Todos y cualesquiera litigios, reclamos, controversias, que surjan de esta Póliza y Certificado de Seguro o se relacionen con ella se deberán someter a un arbitraje vinculante en el Condado de Miami-Dade, en Florida, y se llevará a cabo en idioma inglés. El arbitraje se regirá por la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. §§1-16, 201-208, y 301-307, con la exclusión de leyes estatales que resulten incongruentes con la misma o pudieran producir un resultado diferente, y cualquier juzgado que tenga jurisdicción sobre el mismo puede dictar un fallo sobre el laudo otorgado por el árbitro. Las leyes del Estado de Florida se considerarán el derecho dominante y pertinente de conformidad con esta Póliza y Certificado de Seguro, con excepción del Código de Seguros de Florida codificado en los Capítulos 624-632, 634, 635, 636, 641, 642, 648 y 651 del Ordenamiento Jurídico de Florida, así como todos y cualesquiera reglamentos federales, entre ellos sin limitación la Ley de Protección del Paciente y Atención Costeable, que están excluidas específicamente de tener cualquier aplicabilidad con respecto a esta Póliza y Certificado de Seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado y la compañía acuerdan que los términos, condiciones, disposiciones y exclusiones de esta Póliza y Certificado de Seguro se deberán interpretar de forma imparcial como entre las partes, entre ellas sin limitación, donde se asevere que el lenguaje de esta Póliza y Certificado de Seguro resulte ambiguo o poco claro, el asunto se deberá resolver en la forma más consecuente con los términos, condiciones o exclusiones pertinentes de la Póliza y Certificado de Seguro (sin tener en cuenta la autoría del lenguaje o la doctrina de expectativa razonable de las partes y sin ninguna presunción o esclarecimiento o interpretación arbitrarios a favor de ninguna parte o partes) y en consonancia con la voluntad de las partes. El laudo del árbitro deberá ser compartido por igual entre el asegurado y la empresa, y cada parte pagará sus propios honorarios y costos legales y de abogado incurridos en el arbitraje.

El asegurado y la compañía deberán presentar su litigio a los tres (3) árbitros. Cada parte escogerá un árbitro y el tercer árbitro será escogido por los dos árbitros seleccionados por las partes. Cada parte puede iniciar el arbitraje mediante notificación por escrito a la otra parte nombrando un árbitro y exigiendo arbitraje. La otra parte tendrá treinta (30) días una vez que reciba dicha notificación para nombrar su árbitro. Los dos árbitros seleccionados escogerán al tercer árbitro en un plazo de treinta (30) días. Si cualquiera de las partes no nombrara al segundo árbitro en un plazo de treinta (30) días a partir de la entrega de la notificación, la parte que no escogió al árbitro estará de acuerdo en que la otra parte escogerá

al segundo árbitro al vencer el plazo de treinta (30) días, y el arbitraje procederá como se explica anteriormente, después de seleccionar al tercer árbitro. El arbitraje tendrá lugar en el Estado de Florida en el Condado de Miami-Dade donde radica la jurisdicción exclusiva y está acordada por el presente por el asegurado y la Compañía.

Excepto cuando así lo requiera la ley o en la medida necesaria en relación con una impugnación judicial, o el cumplimiento de un laudo, ni una de las partes ni los árbitros pueden revelar la existencia, contenido, registro o resultados de un arbitraje. Se deberá hacer un registro taquigráfico de todo el testimonio en cualquier arbitraje, y el laudo estará acompañado por una breve exposición de los fundamentos en que se basa el laudo.

En caso de que una Parte crea que existe un claro error de derecho, y en el término de treinta (30) días de recibir un laudo de US\$250.000,00 o más, que no será vinculante si se interpone una apelación, la Parte puede notificar a la otra parte de su intención de apelar el laudo a un cuarto árbitro (el "Árbitro de Apelación") que deberá tener no menos de veinte (20) años de experiencia en el ejercicio activo del derecho o como ex-juez, y con el cual deberán de estar de acuerdo las partes. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo acerca del Árbitro de Apelación, entonces el tercer árbitro seleccionado deberá seleccionar al Árbitro de Apelación. El laudo, según sea confirmado, modificado o remplazado por el Árbitro de Apelación será definitivo y vinculante, y un fallo sobre éste puede ser dictado por cualquier juzgado que tenga jurisdicción sobre el mismo. No se pueden hacer otras apelaciones del arbitraje.

Las Partes cooperarán de buena fe en el intercambio voluntario, puntual e informal de todos los documentos e informaciones (que no sean reservados ni de dominio privado) pertinentes al litigio o reclamo, todos los documentos en su poder o control sobre los que ellos se basan en apoyo de sus posiciones o que ellos intentan presentar como pruebas en la vista definitiva, las identidades de todos los individuos con conocimiento del litigio o reclamo y una breve descripción de dicho conocimiento, así como las identidades, calificaciones y testimonio anticipado de todos los peritos que se puedan llamar para declarar o cuyo informe se pueda presentar en la vista. Las Partes y los árbitros realizarán esfuerzos comercialmente razonables para concluir el intercambio de documentos e informaciones en el término de sesenta (60) días calendarios después que se hayan recibido todos los escritos o notificaciones de reclamos y el arbitraje haya empezado oficialmente. A solicitud de una Parte en cualquier arbitraje en que un reclamo o contrarreclamo revelado sobrepase los US\$250.000,00, los árbitros pueden también ordenar divulgación de la vista prefinal mediante declaración jurada después de mostrar causa justificada. A medida que tienen conocimiento de nuevos documentos e informaciones (entre ellos los peritos que pueden llamar para declarar), todas las partes siguen teniendo una obligación continuada de proporcionar documentos pertinentes, no

reservados, para reforzar la identificación de los testigos y peritos, y respetar cualesquiera acuerdos entre las Partes acerca de los documentos o informaciones a intercambiar. Los documentos que no se hayan intercambiado previamente o los testigos o peritos no identificados con anterioridad, no serán considerados por los árbitros en la vista. Catorce (14) días calendarios antes de la vista, las Partes intercambiarán y proporcionarán a los árbitros (a) una lista de los testigos que tienen previsto llamar (entre ellos cualesquiera peritos) con una descripción breve del testimonio directo previsto de cada testigo y un estimado de la duración del mismo y (b) copias premarcadas de todos los anexos que se proponen utilizar en la vista.

Los árbitros solamente pueden otorgar remedios monetarios y no están facultados para otorgar indemnización por daños y perjuicios distinta de la compensación por daños y perjuicios y, a discreción de los árbitros, intereses. El laudo de los árbitros no incluirá indemnización punitiva ni ejemplar por daños y perjuicios. El laudo deberá satisfacer todos los reclamos de todas las Partes. Los honorarios y gastos de árbitro serán cubiertos por igual por las Partes. Los honorarios y gastos por aplazamiento o cancelación deberán ser cubiertos por la Parte que ocasiona el aplazamiento o cancelación. Excepto cuando se disponga lo contrario en la presente Póliza, cada Parte deberá cubrir sus propios honorarios y gastos incurridos, entre ellos sin limitación todos los costos de radicación, honorarios de testigos, honorarios de testigos peritos, costos de transcripción, costos de traductor y traducción y los honorarios de su abogado.

Las Partes acuerdan que cualquier arbitraje u otro procedimiento relacionado con un litigio que surja con arreglo a esta Póliza y/o la Aplicación de dicha Póliza, se deberá llevar a cabo únicamente entre ellos. Ninguna de las Partes deberá solicitar, ni acceder a ninguna solicitud, de que su litigio se una o consolide para propósito alguno, entre ellos sin limitación, a ninguna acción de grupo u otro recurso procedimental similar, con ningún otro procedimiento entre dicha Parte y cualquier tercero. Ningún agente puede ceder o cambiar ninguna de las disposiciones de la Solicitud de Seguro, esta Póliza, o cualquier documento expedido al respecto de la misma. Solamente un oficial autorizado de la Aseguradora puede hacer cambios o renunciaciones y dichos cambios deberán constar por escrito.

EXCLUSION Y LIMITACION POR SANCIONES

La Aseguradora no estará obligada a otorgar o mantener cobertura y la Aseguradora no será responsable de pagar cualquier reclamo o proporcionar cualquier beneficio bajo el presente contrato, en la medida que el otorgar tal cobertura, pagar tal reclamo o proporcionar tal beneficio exponga a la Aseguradora a alguna sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones o las sanciones comerciales o económicas de los Estados

Unidos de América o algún otro país cuyas sanciones sean aplicables a la Aseguradora.

EXCLUSIONES

Los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza:

- 1) Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según consta en el Certificado de Seguro, si las hubiese a menos que sea enmendado.
- 2) Costos por tratamientos durante los primeros 30 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.
- 3) Tratamiento que requiera ser certificado, pero que no haya sido certificado por la Aseguradora.
- 4) Tratamiento que exceda los límites de cobertura.
- 5) Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo usual, acostumbrado y razonable por ese servicio en esa zona.
- 6) Toda transportación para obtener tratamiento médico a no ser Ambulancia Local.
- 7) Exámenes Médicos de Rutina (incluyendo vacunaciones, expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos).
- 8) Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista, así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados); los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión.
- 9) Todo tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal (que no constituya Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente).
- 10) Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero, excepto a como se define en esta Póliza.
- 11) Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.

- 12) Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.
- 13) Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, Autismo (excepto como se define en esta Póliza), apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas.
- 14) La cirugía electiva o cosmética, así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
- 15) Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).
- 16) Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicido, abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas.
- 17) Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo.
- 18) Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
- 19) Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.
- 20) Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.
- 21) Gastos de cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.
- 22) Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra, o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.
- 23) Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
- 24) Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.
- 25) Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, pero no limitado a, capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental incluyendo acupuntura; terapia de quelación; masaje y terapias herbales. Esta Póliza no cubrirá ningún tratamiento, servicios o suministros, incluyendo, pero no limitados a, procedimientos; medicamentos; productos biológicos; o dispositivos médicos o cualquier hospitalización que esté relacionada con tratamientos, servicios o suministros experimentales o de investigación. Experimentales o de investigación significará cualquier tratamiento, servicio o suministro, incluyendo pero no limitados a, procedimientos; hospitalizaciones; medicamentos; productos biológicos; o dispositivos médicos que no estén aprobados por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos y que no estén generalmente reconocidos por la comunidad médica como efectivos o apropiados para el diagnóstico o tratamiento específicamente indicado para la condición particular del Asegurado, o que sean proporcionados o realizados en centros especiales con fines de investigación o bajo un ambiente controlado o de protocolo clínico.
- 26) Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.
- 27) Todo gasto para la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia,y/o inadecuacidad sexual
- 28) Maternidades y Cuidados Neonatales.
- 29) Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento para la obesidad o el control de peso, incluyendo toda forma de suplemento alimentario.

- 30) Cuidados podiátricos, incluyendo, pero no limitado a, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, *hallux valgus*, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
- 31) Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.
- 32) Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
- 33) Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.
- 34) Medicamentos de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Medicamentos por Prescripción Médica no recetados; Medicamentos por Prescripción Médica excepto como se define bajo esta Póliza.
- 35) Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades o Accidentes durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.
- 36) Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias, demostraciones o

entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.