# PAN AMERICAN

— Private Client —

Pan-American World Access

PAN AMERICAN

— Private Client —

# **CONTENIDO**



Bienvenido a Pan-American Private	5
Acerca de Pan-American Life Insurance Group	5
Nuestro compromiso	6
Introducción	<i>6</i>
Documentos de bienvenida	6
Acerca de su plan de salud	
Cómo contactarnos	7
Cómo servirle mejor	8
Su póliza Pan-American PreferredAccess explicada	9
I. Acuerdo	9
Tabla de beneficios	14
II. Provisiones	17
III. Excluciones y limitaciones	24
IV. Definiciones	26
V. Información general de la poliza	31
Cómo manejar su poliza	



### BIENVENIDO A PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT

#### Su pase privado hacia el cuidado de salud más exclusivo del mundo

Gracias por elegir a Pan-American Private Client. Esta guía de membresía describe en detalle el uso de su Póliza y cómo tener acceso a nuestros servicios. Por favor, tome unos minutos para leer ésta guía de membresía, así como su Certificado de Cobertura.

Es importante para nosotros que usted esté completamente satisfecho con la cobertura que ha seleccionado. Si tiene alguna

pregunta acerca de su plan, puede ponerse en contacto con su Agente o llamarnos hoy mismo. La información para contactarnos la encontrará en la sección "Cómo Contactarnos" de esta guía.

Pan-American Private Client es un concepto de Pan-American Life Insurance Group (PALIG).

### ACERCA DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

#### Un siglo de promesas cumplidas

Durante más de un siglo, Pan-American Life Insurance Group ha ofrecido seguridad financiera confiable a miles de personas, familias y negocios en América Latina y en EE.UU. Nuestra experiencia y entendimiento multicultural forman la base sólida de nuestro éxito como grupo, mismo que nos permite alcanzar nuevas metas y servir como puente entre las Américas.

Con sede en Nueva Orleans, Pan-American Life Insurance Company, la compañía principal del grupo, ofrece productos de vida y de salud a través de los EE.UU., Puerto Rico, América Latina y el Caribe. Gracias a su solidez y capacidad financiera, la compañía ha alcanzado las calificaciones de "A" (Excelente) por A .M. Best (septiembre 2016) y "A" (Estable) por Fitch Ratings (octubre 2016). Año tras año, las compañías del grupo que operan en Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y 15 mercados en el Caribe, continúan fortaleciendo nuestro nombre en América Latina, a través de una larga tradición de estabilidad, innovación y solidez financiera.



### **NUESTRO COMPROMISO**

Pan-American Life Insurance Company (PALIC) ha estado proporcionando seguridad financiera confiable a miles de individuos y familias en América Latina y el Caribe desde 1911. Nuestra dedicación y compromiso con las Américas, han colocado a PALIC como una de las aseguradoras más confiables de la región.

# INTRODUCCIÓN

### Detalles sobre su Póliza de seguro de salud

Su Póliza es un contrato anual entre Pan-American Life Insurance Company (PALIC) y el Asegurado Principal nombrado en el Certificado de Cobertura. La Póliza está compuesta por:

- Esta guía de membresía, el Certificado de Cobertura y todas las enmiendas de la Póliza
- La información que nos fue proporcionada en la Solicitud firmada (ya sea por copia impresa o de forma electrónica), los

cuestionarios médicos y cualquier otra información médica proporcionada por las personas Aseguradas o a nombre de las mismas

Estará indicado en esta guía el producto que usted ha elegido. El Deducible seleccionado aparecerá en su Certificado de Cobertura, así como en su tarjeta de membresía . Cualquier enmienda adicional o condiciones especiales exclusivas de su Póliza, aparecerán en su Certificado de Cobertura.

# **DOCUMENTOS DE BIENVENIDA**

Como miembro de Pan-American Private Client, usted recibirá los documentos de bienvenida (copia impresa o de forma electrónica) que contiene:

 Su tarjeta de membresía personalizada Después de la emisión de su Póliza, usted recibirá dos tarjetas por Grupo Familiar o una tarjeta si usted es la única persona Asegurada bajo su Póliza. Dicha tarjeta contiene los nombres de todos los miembros Asegurados bajo cada Grupo Familiar, el número de su Póliza, su Deducible anual y nuestra información de contacto. Por favor lleve dicha tarjeta siempre consigo. Si necesitara corregir algún nombre, tarjetas adicionales o copia de las mismas. Por favor comuníquese con nuestro equipo Private Client - Service serviceimm@palig.com o con su Agente. El reemplazo de tarjetas es un servicio gratuito



- Su guía de membresía Esta guía contiene bastante información acerca de cómo utilizar su Póliza de seguro de salud, incluyendo sus beneficios y limitaciones, cómo someter un Reclamo o cómo hacer el pago de su prima. Hemos creado esta guía para ayudarlo a comprender cómo funciona su Póliza y lo que puede esperar de nosotros
- Su certificado de cobertura Este documento especifica el producto que usted ha elegido y el Deducible que ha seleccionado para usted y sus Dependientes (si los hubiere)
- Establece también la Fecha de Efectividad de su cobertura, el Deducible y cualquier Enmienda o limitación de su Póliza. Si fuera necesaria alguna corrección, háganoslo saber lo antes posible
- Formulario de reclamo En caso de necesitar someter un Reclamo para reembolso, será necesario que utilice este formulario. Si necesita asistencia para completarlo, por favor contacte a su Agente o nuestro equipo Private Client - Service serviceimm@palig.com

#### ACERCA DE SU PLAN DE SALUD

Pan-American World Access le brinda libre acceso a cualquier hospital del mundo. Tan solo llámenos y nosotros coordinaremos su tratamiento. Así de sencillo. Con Pan-American World Access usted cuenta con una extensa selección de proveedores de salud. Desde los más reconocidos hospitales en América Latina y el Caribe, hasta los mejores en los EE.UU.

A pesar de que Pan-American World Access es un plan de libre acceso, es muy ventajoso recibir tratamiento en uno de los centros médicos de nuestra lista de Proveedores Preferidos contará con la garantía del pago directo al hospital. Para obtener una lista de nuestros Proveedores Preferidos, visite palig.com/privateclient.

# CÓMO CONTACTARNOS

Queremos asegurarle que siempre estaremos disponibles para asistirlo. Para esto contamos con un equipo de profesionales dedicados que están siempre dispuestos a ayudarlo. Nuestro objetivo principal es ofrecerle un servicio excelente.

Para preguntas relacionadas con la administración de su Póliza o para conocer el estado de un Reclamo, por favor a comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al:

Teléfono: 1 (305) 961-1606

de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., 'EST'.

Correo electrónico:

Private Client - Service serviceimm@palig.com

Para coordinar beneficios y notificaciones, por favor llame a nuestro equipo de Servicio Médico Private Client al:

Teléfono: 1 (305) 961-1624 las 24 horas, los 7 días de la semana, incluyendo feriados.

Correo electrónico:

Private Client - Claims claimsimm@palig.com



# CÓMO SERVIRLE MEJOR

#### El Equipo de Servicio Médico de Pan-American Private Client

Contamos con un exclusivo equipo interno de profesionales médicos dedicados a usted. Nuestro equipo médico multilingüe tiene el conocimiento y la experiencia para brindarle la ayuda que usted requiere las 24 horas del día, los 365 días del año.

Desde coordinar una Ambulancia Aérea, hasta hacer los arreglos necesarios para una hospitalización, coordinar una segunda opinión o simplemente concertar una cita médica, estamos siempre a su disposición para guiarlo durante el proceso. Nuestros médicos podrán monitorear su progreso desde el primer día manteniendo comunicación constante con su Médico y con su familia para ayudarlo a tomar las decisiones correctas.

Usted puede contactar a nuestro equipo de Servicio Médico Private Client por:

Teléfono: 1 (305) 961-1624

Fax: 1 (855) 220-7329

Correo electrónico:

Private Client - Claims claimsimm@palig.com

Para su conveniencia, dicha información se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía.

#### Notificación

Para asegurarnos de poder cumplir con sus expectativas de servicio, es necesario que usted nos notifique cuando vaya a recibir un tratamiento médico. Esto nos permitirá verificar que el tratamiento está cubierto por su Póliza, a la vez de permitirnos siempre que sea posible, concertar el pago directo con el hospital o Médico que usted haya elegido, reduciendo de esa manera cualquier gasto imprevisto y evitar gastos inesperados.

Para garantizar el pago directo y la coordinación de beneficios, se requiere la notificación de toda hospitalización, cirugía ambulatoria y otros beneficios. Los beneficios que requieren notificación serán identificados en esta guía de membresía por el siguiente símbolo:

Nuestro servicio no tiene la intención de sustituir los consejos profesionales o el cuidado que un paciente recibe de su Médico.

No debe usarse para hacer diagnósticos o tratamientos médicos y la información suministrada por nuestro personal no debe utilizarse con ese propósito.





#### Búsqueda de Proveedores Preferidos

En la página web de Pan-American palig.com/privateclient, usted puede acceder a la lista de nuestros Proveedores Preferidos, donde encontrará los hospitales actualmente contratados preferidos por nuestra Compañía. Dicho directorio

le permite encontrar hospitales y clínicas por ciudad y estado. Como Asegurado de Pan-American WorldAccess, usted no está obligado a recibir tratamiento en uno de los centros de nuestra lista de Proveedores Preferidos.

# SU PÓLIZA PAN-AMERICAN WORLDACCESS EXPLICADA

Esta sección provee detalles completos sobre el producto que usted ha elegido. Por favor lea todos los beneficios, coberturas, exclusiones, y definiciones. Si tiene preguntas respecto a su Póliza, por favor contacte a su Agente o llame a nuestro equipo de Servicio de Experiencia.

#### I. ACUERDO

Pan-American Life Insurance Company (PALIC) (en lo adelante la "Compañía") acuerda pagarle al Asegurado Principal en la Póliza (en lo adelante el "Asegurado Principal") los beneficios ofrecidos por esta Póliza. Todos los beneficios son sujetos a los términos y limitaciones de esta Póliza. Todos los términos escritos con mayúscula en este Acuerdo tendrán el significado que se les asigne en la sección "Definiciones" de este documento.

Términos y limitaciones de la póliza: La información que contiene esta Póliza y la información declarada en la Solicitud forman parte de la Póliza.

**Derechos del asegurado:** El Asegurado Principal puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía en un período de 21 días a partir del recibo de la misma. Si durante dicho período no se han hecho Reclamos bajo esta Póliza, la Compañía le



reembolsará al Asegurado la prima pagada, menos los \$75.00 de cargos administrativos (siempre que esto aplique) y la Póliza se considerará nula como si nunca hubiera sido emitida.

Derechos de la compañía: Esta Póliza se emite en base a la información declarada por el Solicitante en la Solicitud, así como cualquier información médica suministrada a la Compañía. Si la Solicitud contiene información incorrecta o incompleta, o si el Solicitante ha omitido alguna información, la Póliza será rescindida, cancelada o modificada a la discreción de la Compañía.

#### Elegibilidad

**Adultos:** Cuando soliciten cobertura, el Solicitante, su cónyuge, sus padres, y sus suegros deben tener al menos 18 años de edad, pero no más de 75.



Dependientes: Los Dependientes del Solicitante Principal y su cónyuge, son elegibles para solicitar cobertura como Dependientes bajo la Póliza del Asegurado Principal.

No hay edad máxima para la renovación de ningún Asegurado, ni existe edad máxima para que los Dependientes renueven bajo la Póliza del Asegurado Principal mientras paguen la prima correspondiente. Al cumplir 18 años de edad, los Dependientes son elegibles para cobertura bajo su propia Póliza sin selección de riesgos pagando la prima correspondiente, con un Deducible igual o mayor con las mismas condiciones y restricciones de la Póliza anterior. Si Dependiente desea cambiar a un Deducible más bajo o desea aumentar los beneficios, entonces se requerirá una evaluación de riesgos. La Solicitud para una nueva Póliza ha de ser recibida por la Compañía antes de que termine el Período de Gracia de la Póliza bajo la cual el Solicitante ha estado asegurado como Dependiente.

Esta Póliza solo provee cobertura a Asegurados que son residentes de América Latina y el Caribe.

#### Períodos de Espera

Período de espera de 60 días: El Periodo de Espera es de sesenta (60) días naturales contados a partir del momento de la Fecha Efectiva de la cobertura del asegurado. Durante este término solo se cubrirán Emergencias Médicas por Accidentes o Enfermedades de Origen Infeccioso.

Exoneración del período de espera de 60 días: La Compañía podrá exonerar este período de espera si:

- El Asegurado ha tenido cobertura bajo una póliza de seguro de salud (individual o grupal) por espacio de un período ininterrumpido de por lo menos 12 meses anteriores a esta Póliza
- La Fecha de Efectividad de esta Póliza ocurre dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que expira la póliza anterior
- Se le somete a la Compañía antes de la aprobación de esta Póliza una copia del certificado de cobertura del seguro de la póliza anterior, así como prueba del pago de la prima correspondiente a dicha póliza de los últimos 12 meses

Cuando la Compañía exonera el período de espera de 60 días, la cobertura de la Póliza comenzará en la Fecha de Efectividad de la misma.

Además del Período de Espera general se aplican los siguientes períodos de espera:

- Periodo de Espera de diez (10) meses para beneficios de Maternidad y Complicación del Embarazo y cuidados del Recién Nacido enfermo. Este período de espera comienza a partir de la Fecha de Efectividad de la madre asegurada. Este período de espera nunca puede ser exonerado
- Período de Espera de sesenta (60) días naturales para la cobertura del Recién Nacido sujeto a Evaluación de Riesgo a partir de su Fecha Efectiva. Este período de espera nunca será exonerado
- Período de Espera de doce (12) meses para el beneficio de VIH/SIDA, el cual nunca será exonerado



- Periodo de Espera de veinticuatro (24) meses para el beneficio de Cirugía Bariatica, contados desde la Fecha Efectiva de la cobertura del Asegurado bajo esta póliza. Este período de espera nunca será exonerado
- Periodo de Espera de diez (10) meses para el beneficio de Extracción de Células Madre del Cordón Umbilical. Este período de espera nunca será exonerado
- Periodo de espera cuando se solicita cambio de plan. El Asegurado Principal puede solicitar cambio de Plan o de Producto en la fecha de Aniversario de la Póliza. La solicitud de cambio de Plan o de Producto debe ser recibida por escrito antes del día del Aniversario de la Póliza y la aprobación de la solicitud estará sujeta a la aprobación del Departamento de Selección de Riesgo

Durante los primeros sesenta (60) días calendarios posteriores al cambio, los beneficios pagables por cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso, estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (10) meses después de la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de: los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (12) meses posteriores a la fecha de efectividad del cambio, la cobertura del HIV/AIDS y sus complicaciones va a estar limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (24) meses posteriores a la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de Cirugía Bariatica y sus complicaciones va a estar limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (10) meses posteriores a la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de Extracción de Células Madre del Cordón Umbilical va a estar limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros seis (6) meses después de la fecha de efectividad del cambio, el beneficio de Trasplante de Órgano estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.



#### Notificación a la compañía

En caso de hospitalización, tratamientos de cáncer, diálisis, prótesis o instrumentos correctivos, Equipos Médicos Duraderos, Trasplante de Órganos, Terapia Física y Rehabilitación, Cuidados de Salud en el Hogar, Ambulancia Aérea o Terrestre, Condiciones Congénitas y Hereditarias, Cuidados con Fines Paliativos, VIH/SIDA y repatriación de restos mortales, se requerirá autorización previa de la Compañía.

Si no se cumple con el requisito de autorización previa, la Compañía podrá reducir el monto del Gasto Médico Cubierto hasta la suma que habría importado si se hubiera notificado en el tiempo requerido.

Las notificaciones pueden hacerse en cualquier momento por:

Teléfono: 1 (305) 961-1606 Fax: 1 (855) 220-7329

Email: Private Client - Claims claimsimm@palig.com

Nuestro equipo médico Private Client está disponible 24 horas al día, los 365 días del año.

#### Deducible

- Se aplicará un (1) Deducible por Asegurado, por Año Póliza, de acuerdo con el plan aprobado. Tan pronto dos (2) Deducibles por Grupo Familiar se satisfagan, ningún otro Deducible se aplicará a ese Grupo Familiar durante el Año Póliza en curso.
- Los gastos médicos cubiertos que haya incurrido el Asegurado durante los 3 últimos meses del Año Póliza, serán aplicados al Deducible en ese Año Póliza, y serán trasladados y también aplicados al Deducible del Asegurado para el próximo Año Póliza.
- Se elimina el deducible en caso de cualquier accidente tanto en el País de residencia como a nivel mundial, únicamente para las Opciones de Deducibles I, II y III (\$1,000, \$2,000 y \$5,000). Este beneficio aplicará para la primera asistencia del accidente, siendo posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalización de más de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolsos.



- Se elimina el deducible en caso de accidente serio tanto en el país de residencia como a nivel mundial, para las Opciones de Deducibles IV y V (\$ 10,000 y \$ 20,000), solamente en caso de Accidente Serio tal como se define en la póliza.
- Hay algunos beneficios en esta Póliza que están exentos de Deducible. Los Beneficios que están exentos de Deducible están marcados en esta guía de membresía con el símbolo

subsiguiente al de la Reducción del Deducible, estará sujeto al Deducible total. El beneficio de reducción del Deducible se hará disponible al Asegurado al mantenerse sin Reclamos cubiertos cada período de 3 Años Póliza consecutivos.

Los Reclamos no compensables, así como los Reclamos por Exámenes Médicos de Rutina no se tomarán en cuenta respecto a la regla anterior. Este beneficio sólo está disponible para las Opciones de Deducibles I, II y III.

#### Reducción del deducible

Cada Asegurado que se mantenga sin Reclamos por un período de 3 Años Póliza consecutivos, siempre y cuando la Compañía hubiera aceptado las solicitudes de renovación, tendrá el derecho a una reducción del 50% del Deducible en el Año Póliza cuando el Asegurado incurra en un Reclamo. El Año Póliza

#### Tabla de beneficios

De no haberse expresado lo contrario en este documento y a lo largo de esta Póliza, todos los beneficios están sujetos a los términos y limitaciones de la misma y serán pagados a cada Asegurado, cada Año Póliza. Todos los beneficios están sujetos al Deducible correspondiente, al menos que se indique lo contrario y están sujetos a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables ('UCR').



# PAN-AMERICAN WORLDACCESS

TABLA DE BENEFICIOS		
Cobertura anual máxima	USD\$5,000,000	
Área de cobertura	Mundial, incluyendo los EE.UU.	

HOSPITALIZACIÓN		
Habitación y alojamiento, por día	100%	
Unidad de cuidados intensivos, por día	100%	
Honorarios del cirujano y del asistente	100%	
Honorarios del anestesiólogo	100%	
Medicamentos	100%	
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	100%	
Tratamiento de cáncer	100%	
Diálisis	100%	
Prótesis e instrumentos correctivos	100%	
Acompañante de un menor de 18 años hospitalizado, por noche. Mayor de 18 años hospitalizado, máximo 30 noches	USD\$300	
Trasplantes de órganos, de por vida	USD\$1,500,000	



OTROS BENEFICIOS	
Maternidad y cuidados del recién nacido saludable . Únicamente Planes I y II	
Las hijas dependientes mayores de 18 años de edad que estén aseguradas bajo la póliza del asegurado principal podrán optar por su propia póliza a fin de contar el beneficio de maternidad . Las hijas dependientes menores de 18 años de edad, también podrán optar por este beneficio siempre y cuando notifiquen a la Compañía desde el inicio del embarazo y cumplan con los requisitos de elegibilidad de Maternidad Cubierta descritos en la póliza.	USD \$7,500
Servicio de enfermera en el hogar para Cuidados del Recién Nacido Sano Únicamente Planes I y II	Hasta un máximo de USD\$750 por evento
Complicaciones del embarazo y cuidados del recién nacido enfermo, de por vida. Únicamente Planes I y II	USD\$1,000,000
Ambulancia - aérea y terrestre 🕦	USD\$150,000
Condiciones congénitas y hereditarias antes de los 18 años, de por vida	USD\$1,000,000
Condiciones congénitas y hereditarias a partir de los 18 años	100%
Exámenes médicos de rutina	USD\$300
Pasatiempos riesgosos y deporte aficionado	100%
Cuidados en un hospicio	100%
VIH/SIDA, de por vida	USD\$500,000
Repatriación de restos humanos	100%
Terapia complementaria. Máximo 20 sesiones	100%
Tratamientos de podología	100%
Seguro de vida para el asegurado principal	USD\$25,000
Cirugía Bariátrica, de por vida	Hasta USD\$15,000 de Máxima Suma Asegurada de por vida mientras la póliza esté vigente
Enfermedad de Alzheimer, de por vida	Hasta USD\$100,000 de Máxima Suma Asegurada de por vida mientras la póliza esté vigente
Extracción de células madre del cordón umbilical. Únicamente Planes I y II	Hasta USD\$2,000 por evento



TRATAMIENTOS AMBULATORIOS		
Visitas a médicos y especialistas	100%	
Visitas a la sala de emergencias	100%	
Tratamiento de cáncer	100%	
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	100%	
Diálisis	100%	
Medicamentos	100%	
Terapia física y de rehabilitación	100%	
Cuidados de salud en el hogar	100%	
Equipo médico duradero	100%	



#### II. PROVISIONES

- 1. Acompañante de un menor hospitalizado: Se pagarán hasta \$300 por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital, para la estancia durante la noche de un acompañante en la misma habitación que ocupe un niño Asegurado (menor de 18 años) que esté hospitalizado. Este beneficio se extiende a los asegurados hospitalizados mayores de 18 años de edad, por un máximo de 30 noches. Dicha cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía.
- 2. Ambulancia aérea y terrestre: Se pagará hasta un máximo de \$150,000 para todo transporte de Emergencia, ya sea Aéreo o Terrestre cuando:
  - · El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza
  - El tratamiento médico que requiere el Asegurado no puede ser proporcionado localmente
  - El transporte por cualquier otro método pudiera poner en riesgo la vida o la integridad física del asegurado
  - El transporte de Emergencia lo presta una entidad con licencia para este propósito
  - Se transporta al Asegurado al centro médico más cercano donde se pueda brindar el tratamiento adecuado para el diagnóstico médico

Todo transporte por Ambulancia Aérea debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía. Si el Asegurado fue transportado originalmente fuera de su País de Residencia por medio de una Ambulancia Aérea pagada la Compañía, la Compañía a su discreción y sólo cuando sea Médicamente Necesario, aprobará el retorno del Asegurado a su País de Residencia por el mismo medio.

La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo. El Deducible no es aplicable a este beneficio.

- 3. Beneficio de vida: Esta póliza provee \$25,000 de beneficio de seguro de vida solamente para el Asegurado Principal nombrado en la Solicitud original, si la causa de muerte resulta de una condición cubierta bajo esta Póliza Dicha cantidad será pagada al Beneficiario indicado en la Solicitud, cuando se presente evidencia satisfactoria a la Compañía de la muerte del Asegurado Principal mientras que esta Póliza está vigente.
- Cirugía bariátrica: La Compañía pagará el monto máximo de \$15,000 por Asegurado, de por vida en aquellos pacientes con obesidades mórbidas con IMC superiores a 40kg/m2, o bien para aquellos afectos de obesidad grave (IMC>35 Kg/m2) y patologías asociadas. Los pacientes con IMC inferior a 35kg/m2 no cuentan con cobertura para este beneficio. Existe un Periodo de Espera de veinticuatro (24) meses para este beneficio y sus complicaciones, contados desde la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo esta póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 5. Condiciones congénitas y hereditarias: Se pagará un máximo de \$1,000,000 por Asegurado, de por vida, por Condiciones Congénitas o Hereditarias que se manifiesten



por primera vez antes de que el Asegurado cumpla 18 años de edad. Condiciones Congénitas o Hereditarias que se manifiesten por primera vez en el 180 cumpleaños del Asegurado o después del mismo, estarán cubiertas hasta el máximo límite anual. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

- 6. Condiciones preexistentes: Las que han sido declaradas en la Solicitud tendrán cobertura, a menos que estén restringidas o excluidas por la Compañía a través de una enmienda escrita que haya sido agregada a la Póliza e incluida en el Certificado de Cobertura de la misma. Las Condiciones Preexistentes no declaradas nunca recibirán cobertura bajo esta Póliza. La Compañía se reserva el derecho a rescindir, cancelar o modificar la Póliza en caso de que no declararse una o más Condiciones Preexistentes.
- 7. Cuidados de maternidad: Cobertura para el cuidado de maternidad estará disponible únicamente para los Planes I y II (con opciones de \$1,000 y \$2,000 de deducible) y solo cuando se haya cumplido el periodo de espera de 10 meses para la maternidad y del recién nacido. Este periodo de espera comienza a partir de la fecha de vigencia de la cobertura de la madre asegurada. Se pagará hasta un máximo de \$7,500 por evento, para un parto normal, cesárea electiva y cuidados prenatales. Dentro este beneficio máximo, la Compañía pagará hasta 5 visitas médicas del Recién Nacido sano. Para las complicaciones del embarazo y el cuidado del Recién Nacido enfermo, la Compañía pagará \$1,000,000 de por vida.

El Deducible no es aplicable a este beneficio. El recién nacido que nazca de una maternidad cubierta por la póliza será elegible para la adición automática a la póliza, si cumple con el requisito de solicitarlo a la Compañía dentro de los 90 días después de la fecha de nacimiento. El cuidado y tratamiento médico de Condiciones Congénitas del recién nacido estará limitado al beneficio de condiciones congénita de esta póliza.

Para las hijas dependientes en la póliza del Asegurado Principal, menores de 24 años de edad el beneficio de Maternidad sólo aplicará si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- a) Que el plan actual bajo la póliza del Asegurado Principal ofrece beneficio de maternidad, es decir Planes I y II;
- b) Que la dependiente ha estado asegurada en la póliza de los padres por al menos 10 meses;
- c) Que la hija dependiente del asegurado principal hubiera estado pagando prima de adulto durante los 10 meses anteriores a la fecha en que ocurriere el parto;
- d) Notificar el embarazo de la dependiente por escrito a la Compañía dentro de los primeros tres meses del mismo.
- e) Las hijas dependientes menores de 18 años de edad, siempre y cuando notifiquen desde el inicio del embarazo, tendrán cobertura de maternidad pagando desde ese momento la tarifa de adulto establecida en la Póliza. Para el recién nacido de la maternidad anteriormente cubierta. no será necesario que el asegurado principal tenga la patria potestad o ejerza la tutela para que el recién nacido sea incluido como asegurado dependiente.

Para obtener el beneficio de maternidad, la hija dependiente estará obligada a obtener su propia póliza individual antes de que ocurra el nacimiento, la cual será emitida con las



mismas restricciones y condiciones de la póliza previa, la nueva póliza será aprobada sin pasar por evaluación de riesgo, siempre y cuando la dependiente optara por un producto de igual o menores beneficios.

Para contar con el beneficio de maternidad la dependiente debe optar por el Plan I o II, en caso de escoger optar por un plan de mayores beneficios, la Compañía se reserva el derecho de aprobarlo o no y de ser aprobado estaría sujeto a Selección de Riesgo. En adición a pasar por evaluación de riesgo, la cobertura de los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

- 6. Enfermera en el hogar para maternidad cubierta: La Compañía pagará el servicio de enfermera en el hogar hasta \$750 por evento para maternidades cubiertas por cuidados del recién nacido sano, el servicio de enfermera en el hogar \$750 por evento para maternidades cubiertas. El monto máximo por evento aprobado para este beneficio es parte del total del monto de cobertura del Beneficio de Maternidad y Cuidados del Recién Nacido Sano. Esta cobertura sólo está disponible para los Planes I y II. Para este beneficio no aplica deducible. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anterioridad por la Compañía.
- Cuidados de salud en el hogar: Se cubrirá un período inicial de hasta 60 días durante un Año Póliza. Un plan de tratamiento debe ser presentado a la Compañía. Podría aprobarse una extensión, si el Médico del Asegurado lo considerara Médicamente Necesario. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía. 🖀

#### Cuidados del recién nacido:

Adición automática: Un niño que haya nacido de una Maternidad Cubierta, únicamente para Planes I y II y de acuerdo a la definición en esta póliza, podrá ser adicionado a la Póliza como dependiente sin pasar por evaluación de riesgo. Para dicho propósito, la Compañía habrá de recibir una nota que contenga el nombre del niño, el sexo y la fecha de nacimiento del mismo dentro de un período de 90 días después de su fecha de nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente.

La cobertura del recién nacido cobrará efecto a partir de su fecha de nacimiento, sin que exista período de espera. Los gastos médicos por Lesiones y Enfermedades del Recién Nacido no relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, tal como insuficiencia respiratoria, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y traumatismos del parto que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 31 días de vida, recibirán cobertura hasta un máximo de \$1,000,000 de por vida, bajo el beneficio de complicaciones del embarazo y el cuidado del Recién Nacido enfermo, descrito previamente en "Cuidados de Maternidad". Las condiciones diagnosticadas después de los primeros 31 días de vida del niño recibirán cobertura de acuerdo con los términos y limitaciones de esta Póliza.

Para que la Compañía provea dichos beneficios, el niño debe haber sido adicionado a la Póliza y la prima correspondiente pagada.

Adición no automática: La adición de un Recién Nacido a la póliza estará sujeto a evaluación de riesgo cuando ocurre lo siguiente:



- a) Cuando la compañía reciba la notificación de un nacimiento o el pago de la prima después de los 90 días siguientes a la fecha del nacimiento; o
- b) Cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza; o
- c) Cuando el Recién Nacido sea producto de un embarazo concebido bajo métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida, o de tratamiento de infertilidad.

Un Recién Nacido que no haya nacido de una maternidad cubierta por esta póliza, no es elegible para la cobertura de condiciones congénitas y hereditarias y su adición en la póliza estará sujeta a evaluación de riesgo.

La cobertura del niño cobrará efecto a partir de su fecha de nacimiento, sin que exista período de espera. Los gastos médicos por Lesiones y Enfermedades del Recién Nacido no relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, tal como distrés respiratorio, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y traumatismos del parto que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 30 días de vida, recibirán cobertura hasta un máximo de \$1,000,000 de por vida, bajo el beneficio de complicaciones del embarazo y el cuidado del Recién Nacido enfermo, descrito previamente en "Cuidados de Maternidad". Las condiciones diagnosticadas después de los primeros 31 días de vida del niño recibirán cobertura de acuerdo con los términos y limitaciones de esta Póliza. Para que la Compañía provea dichos beneficios, el niño debe haber sido adicionado a la Póliza y la prima correspondiente pagada.

Adición Sujeta a Evaluación de Riesgos: Cuando la notificación del nacimiento o el pago de la prima se reciben después de los 90 días de la fecha de nacimiento del niño

- o cuando el niño nace de un embarazo no cubierto, se requerirá una Solicitud para adicionar al niño a la Póliza y la misma estará sujeta a una evaluación de riesgos. Si el niño es aprobado para recibir cobertura, tendrá un período de espera de 60 días posteriores a la Fecha de Efectividad de la adición. Durante dicho período solamente Accidentes y Enfermedades Infecciosas serán cubiertas por esta Póliza.
- Cuidados en un hospicio: Tratamiento que implica la atención física, psicológica y enfermería. Este beneficio se considera que mejora la calidad de vida del paciente diagnosticado con una enfermedad terminal y con una expectativa de vida de menos de seis (6) meses. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 10. Deformidades nasales o del tabique nasal: Cuando es necesario para tratar una Lesión sufrida durante un Accidente cubierto por esta Póliza, la cirugía para corregir una deformidad nasal o del tabique nasal estará cubierta, siempre y cuando dicho trauma sea evidenciado radiológicamente a través de Rayos-X o Tomografía ('CAT Scan'). Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 11. Diálisis: La hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el hospital o de manera Ambulatoria será cubierta hasta los límites de la Póliza. Dicha cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía.
- 12. Enfermedad de Alzheimer: Se pagará el tratamiento médico hasta \$100,000 por Asegurado de por vida en aquellos pacientes diagnosticados con Alzheimer posterior a la fecha de cobertura del Asegurado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.



- 13. Equipo médico duradero: Cuando sea médicamente necesario, los equipos médicos duraderos estarán cubiertos. Esto incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y caminadores. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 14. Estudios de laboratorio, patología e imágenes para diagnóstico: Estos procedimientos, ya sean prestados en un hospital o de manera Ambulatoria, serán cubiertos hasta los límites de la Póliza, siempre que sean prescritos por el Médico del Asegurado.
- 15. Exámenes médicos de rutina: Se pagará un máximo de \$300 para exámenes médicos de Rutina. Este beneficio puede cubrir procedimientos de diagnósticos y vacunas. El Deducible no es aplicable a este beneficio.
- 16. Extracción de Células Madre del Cordón Umbilical: Se pagará hasta un límite de \$2,000 por evento, en aquellos casos que cuenten con maternidad cubierta y hayan cumplido con el periodo de espera de diez meses (10) a partir de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre asegurada bajo esta póliza. Dentro de este beneficio no se cubrirá el almacenaje.
  - i. Se refiere a la muestra de sangre tomada del cordón umbilical inmediatamente después del nacimiento.

Existe un período de espera de 10 meses para este beneficio, contados desde la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la Compañía.

- 17. Habitación y alojamiento: Una Habitación Privada Estándar o Semiprivada se cubrirá hasta los límites de la Póliza cuando el asegurado reciba tratamiento dentro de un hospital.
- 18. Honorarios del anestesiólogo: Serán cubiertos de acuerdo a los honorarios usuales, acostumbrados y razonables de un Anestesiólogo en un área o país determinado. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía. 🖀
- 19. Honorarios del cirujano y del asistente del médico: Cuando sea médicamente necesario, los honorarios del cirujano y del asistente del Médico se cubrirán de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables que se cobren en un área geográfica particular por los procedimientos quirúrgicos que se presten en la misma. Dicha cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía.
- 20. Medicamentos: Serán pagados si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por esta Póliza. Esto aplica a aquellos medicamentos recetados durante una hospitalización y durante o después de una cirugía Ambulatoria. Los medicamentos Ambulatorios prescritos también serán pagados si son para una condición cubierta por esta Póliza. Será necesario enviar a la Compañía una copia de la receta escrita junto con el Reclamo. La efectividad del medicamento prescrito para tratar una condición médica determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU. ('FDA').
- 21. Pasatiempos riesgosos y deporte aficionado: Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad



de las personas que las practican. Los cargos resultantes de Accidentes relacionados con actividades peligrosos y la práctica no profesional de deportes serán cubiertos. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaidismo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada al cuerpo, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno. La práctica profesional de cualquier deporte debe ser declarada en la Solicitud de Seguro.

- 22. Periodo de espera de 60 días: Durante este periodo, solo accidentes y enfermedades de origen infeccioso tendrán cobertura. Si este periodo de espera no es exonerado, toda condición diagnosticada no relacionada a un accidente o enfermedad de origen infeccioso durante el periodo de espera nunca contará con cobertura.
- 23. Prótesis e instrumentos correctivos: Serán cubiertos hasta los límites de la Póliza, siempre que sean Médicamente Necesarios e implantados durante una cirugía. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 24. Repatriación de restos humanos: Si un Asegurado fallece fuera de su País de Residencia y la causa de su muerte es debido a una condición cubierta por esta Póliza, la Compañía pagará todos los costos básicos que se incurran en el proceso de repatriación de los restos o cremación de los mismos, de acuerdo a lo que requieran las autoridades pertinentes. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 25. Segunda opinión quirúrgica: La Compañía se reserva el derecho de solicitar una Segunda Opinión Quirúrgica cuando lo considere necesario. Cuando la Compañía requiere una Segunda Opinión Quirúrgica, la misma debe ser realizada

por un Médico seleccionado y pagado por la Compañía. Si la Segunda Opinión Quirúrgica no confirma la necesidad de dicha cirugía, la Compañía coordinará y pagará los costos de una tercera opinión quirúrgica. Cuando la segunda o tercera opinión confirmen la necesidad de la cirugía, los beneficios para la misma serán pagados, de lo contrario, la Compañía se reserva el derecho de denegar los beneficios.

- 26. Terapia complementaria: Se pagarán hasta un máximo de 20 sesiones durante un Año Póliza para los servicios de un quiropráctico, psiquiatra o psicólogo, que sean necesarios debido a la complicación de una condición cubierta por esta Póliza. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía.
- 27. Terapia física y de rehabilitación: Un período inicial de hasta 60 días será cubierto por cada Año Póliza, para lo cual deberá presentarse a la Compañía un plan de tratamiento. Se puede aprobar una extensión si el Médico del Asegurado lo considerara Médicamente Necesario. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía. Tomos en la Compañía.
- 28. Trasplantes de órganos: La cobertura máxima para este beneficio es de \$1,500,000, por Asegurado, de por vida. Los procedimientos de trasplantes se cubrirán únicamente cuando sean realizados dentro de la red de Proveedores de Trasplantes de la Compañía. Dicho beneficio debe ser coordinado con anticipación y aprobado por la Compañía. La Compañía puede requerir una segunda opinión médica una vez que el Médico haya determinado y documentado la necesidad del Trasplante de un órgano o tejido humano.

La cobertura máxima para procedimientos de Trasplantes incluye las tres etapas siguientes:



Etapa previa al trasplante: Incluye la asistencia médica y los exámenes médicos necesarios para obtener un diagnóstico, así como la evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el Trasplante de órgano o de tejido. La Compañía cubrirá hasta \$50,000 por Trasplante, de por vida, cantidad incluida en el beneficio máximo de Trasplante, para los costos de los procedimientos médicos y quirúrgicos relacionados con la donación de los órganos, tejidos o células, todos de origen humano, incluyendo los costos que incurra el Donante humano vivo, así como el transporte y almacenaje de los órganos, tejidos o células donadas. El Donante humano vivo no necesita estar asegurado por la Compañía.

Etapa del trasplante: Incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos prestados durante el Trasplante.

Etapa posterior al trasplante: Incluye los procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores al Trasplante y cualquier tratamiento que se haga necesario debido a complicaciones del mismo, así como los medicamentos necesarios para el mantenimiento del buen funcionamiento del órgano o tejido trasplantado, tales como drogas inmunoreguladoras.

Sin embargo todo tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la condición médica que genero la necesidad del trasplante quedar excluido de cobertura una vez agostado el beneficio máximo vitalicio de trasplante de órgano.

29. Tratamiento dental de emergencia: Esta Póliza cubrirá todo costo relacionado con el Tratamiento Dental de Emergencia resultante de un Accidente cubierto. Dicho tratamiento debe comenzar dentro del período de los 120 días posteriores a la fecha del Accidente cubierto.

- 30. Tratamiento médico de emergencia: Todo costo proveniente de procedimientos médicos o quirúrgicos de Emergencia serán cubiertos hasta los límites de la Póliza.
- 31. Tratamientos de cáncer: El Asegurado recibirá cobertura para los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del hospital incurridos en el tratamiento del cáncer. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía. 🖀
- 32. 34. Tratamientos de podología: Se pagará la cirugía y los tratamientos de los pies en caso de fascitis plantar, juanetes, trauma, tumores, verrugas plantares, Hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos y dedo de martillo. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 33. Tratamientos especiales: Las prótesis, los equipos ortopédicos, los equipos médicos, los implantes, la quimioterapia, la terapia de radiación, y los medicamentos especializados estarán cubiertos de acuerdo con los términos y restricciones de esta Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 34. Unidad de cuidados intensivos: Se cubrirá hasta los límites de la Póliza. 🖀
- 35. VIH/SIDA: Todo costo por enfermedades relacionadas a VIH/SIDA y sus complicaciones, estarán cubiertas hasta un máximo de \$500,000 por Asegurado, de por vida, si se comprueba médicamente que el virus fue adquirido 12 meses después de la Fecha de Efectividad de esta Póliza. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.



- 36. Visitas a la sala de emergencia: Cuando sea Médicamente Necesario debido a la severidad de una Enfermedad o Lesión, las visitas a la sala de Emergencia serán pagadas hasta los límites de la Póliza.
- 37. Visitas de médicos y especialistas: Los honorarios por visitas en el hospital y ambulatorias de Médicos y especialistas serán pagadas hasta los límites de la Póliza.

### III. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no provee beneficios o cobertura para:

- 1. Ningún tratamiento médico o quirúrgico de una Enfermedad o lesión que no sea:
  - Médicamente Necesario
  - · Prestado por un Médico licenciado o por un profesional cualificado
  - Indicado por un Médico
  - · Científicamente reconocido o que esté todavía en la fase investigativa, o en el proceso de ensayo clínico, así como no aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU. ('FDA')
- Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud.
- Complicaciones médicas relacionadas con una condición excluida por esta Póliza.
- 4. Costos médicos no relacionados con una Enfermedad de Origen Infeccioso o lesiones originadas por Accidentes ocurridos dentro de los primeros 60 días posteriores a la Fecha de Efectividad de esta Póliza, a no ser que el período de espera haya sido exonerado.

- 5. Cuidados de maternidad o del Recién Nacido, y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por la Póliza.
- 6. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
- Terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre.
- 8. Costos que excedan lo Usual, Acostumbrado y Razonable ('UCR') por un servicio o suministro médico determinado, aun cuando el beneficio esté cubierto al 100%.
- Tratamiento de lesiones o Enfermedades causadas por participar en guerras, motines, conmoción civil, huelgas, o actividades ilegales, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 10. Tratamiento de lesiones sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de un cuerpo de policía o militar.
- 11. Tratamiento de lesiones o Enfermedades provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.



- 12. Tratamiento por lesiones o Enfermedades estando el Asegurado cuerdo o demente, que hayan sido auto infligidas, que hayan resultado de un intento de suicidio, suicidio, o causadas por el uso o bajo la influencia de alcohol, drogas, sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
- 13. Servicios médicos efectuados en una instalación gubernamental en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita o cuando un tercero sea responsable de cubrir los gastos médicos del Asegurado, ya sea por contrato o por responsabilidad civil extracontractual. Esto incluye el tratamiento de epidemias que estén bajo el control y dirección del gobierno correspondiente.
- 14. Costos médicos en países que estén bajo un embargo emitido por el gobierno de los EE.UU.
- 15. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma Ambulatoria u hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.
- 16. Cuidados de Custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.
- 17. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en casa, a menos que la Compañía los apruebe.
- 18. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.
- 19. Medicamentos de venta libre o sin receta.
- 20. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas, o implantes del oído, excepto cuando la

- inserción de la prótesis original ha recibido cobertura bajo los términos de esta Póliza.
- 21. Dispositivos auditivos, exámenes oculares, espejuelos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual.
- 22. Tratamientos homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto según lo que establecen las provisiones de esta Póliza.
- 23. Tratamiento dental no relacionado con un Accidente cubierto por esta Póliza, o cuando un tratamiento dental cubierto comienza después de 120 días de la fecha del Accidente cubierto.
- 24. Tratamientos del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de un cáncer o un Accidente cubierto por esta Póliza.
- 25. La esterilización masculina o femenina, la reversión de la esterilización, tratamiento de infertilidad, el control de la natalidad, los procedimientos para el cambio de sexo, tratamiento de disfunción eréctil, aun cuando los mismos sean secundarios a una condición cubierta por la póliza. Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano ('VPH') y las enfermedades de trasmisión sexual, excepto el VIH/SIDA, para el cual esta póliza provee cobertura.
- 26. El tratamiento de médico o quirúrgico por Lesiones o Condiciones Médicas, sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica



- profesional de deportes por la que reciba compensación que constituya la mayor parte de su fuente de ingreso.
- 27. Tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje. Trastornos psiquiátricos o psicológicos, excepto si los mismos son necesarios para tratar la complicación de una condición médica cubierta por la Póliza según definen los términos y limitaciones de la misma.
- 28. Tratamiento para obesidad o para el control del peso corporal y sus complicaciones y secuelas, excepto la cirugía bariátrica y sus complicaciones de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza.
- 29. Cirugía electiva de carácter cosmético y reconstructivo o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, con la excepción de los casos en que dichos tratamientos sean médicamente indicados durante o después del tratamiento de una Lesión o Enfermedad cubierta por la Póliza, la cual ocurrió posteriormente a la Fecha de Efectividad de esta Póliza. Esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del

- tabique nasal que no estén relacionadas con un Accidente cubierto por la Póliza.
- 30. Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas de crecimiento.
- 31. Servicios médicos proporcionados por el cónyuge, hijos, hermanos o padres del Asegurado.
- 32. Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por más de 24 horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula, excepto según provea esta Póliza bajo sus términos y restricciones.
- 33. El tratamiento médico o quirúrgico por Lesiones o Condiciones médicas, sus complicaciones y secuelas, relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica profesional de deportes por la que reciba compensación que constituya la mayor parte se su fuente de ingreso.
- 34. Los tratamientos médicos preventivos.

### IV. DEFINICIONES

En esta Póliza y documentos relacionados con la misma, "Usted" y "suyo(a)" se refieren al Asegurado Principal . "Nosotros", "nuestro(a)", y "nuestros(as)" se refieren a la Compañía que provee la cobertura. Adicionalmente, las siguientes definiciones corresponden con los términos, condiciones y restricciones de esta Póliza:

- 1. Accidente: Un evento que ocurre de manera repentina e inesperada, debido a un factor externo que puede resultar en lesiones.
- Accidente serio: Accidente que resulte en lesiones corporales graves y que requiera hospitalización inmediata por un periodo de más de 23 horas para evitar la pérdida de vida o de integridad física del Asegurado. La clasificación de Accidente Serio la determinan, por acuerdo mutuo, el Médico del Asegurado y los profesionales médicos de la Compañía, después de haber recibido toda la información médica que documente el Accidente.



- 3. Ambulancia aérea: Aeronave que cuenta con el personal y los requerimientos para el cuidado médico de un individuo transportado por una Emergencia. Este servicio lo presta una entidad con licencia y autorizada para dicho propósito.
- 4. Ambulancia terrestre: Transporte licenciado de Emergencia que cuenta con personal médico y está preparado con el equipo necesario para atender una Emergencia médica.
- 5. Año póliza: Es el período de 12 meses consecutivos que comienza con la Fecha de Efectividad de la Póliza y subsecuentemente cada período adicional de 12 meses.
- 6. Asegurado: Individuo para quien la Compañía ha aprobado y tiene vigente cobertura de seguro de salud.
- 7. Asegurado principal: Solicitante que completa y firma la Solicitud y para quien se ha aprobado cobertura y emitido una Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la Póliza y puede recibir cualquier reembolso de gastos médicos cubiertos bajo la misma, así como el reembolso de la prima no devengada.
- 8. Beneficiario: La persona designada por el Asegurado Principal para recibir el beneficio de vida de esta Póliza y cualquier reembolso después del fallecimiento del Asegurado Principal.
- 9. Certificado de cobertura: Documento perteneciente a la Póliza que especifica las condiciones bajo las cuales la misma fue aprobada para cada uno de los Asegurados. Contiene la Fecha de Efectividad de la Póliza, identifica el plan que fue aprobado, así como cualquier cobertura adicional y cualquier restricción específica de la cobertura de algún Asegurado en particular o de la Póliza en general.

- 10. Clase: Asegurados que compartan elementos similares como beneficios, plan, Deducibles, grupos de edad, país, región o alguna combinación de los mismos.
- 11. Compañía: Pan-American Life Insurance Company (PALIC) es una compañía Aseguradora de Vida y Salud domiciliada en el estado de Louisiana, EE.UU. PALIC es miembro de Pan-American Life Insurance Group (PALIG).
- 12. Condición preexistente: Condición que ha sido diagnosticada por un Médico anteriormente a la Fecha de Efectividad de la Póliza o la restitución de la misma, o por la cual se han recibido consejos Médicos, o se ha recomendado tratamiento Médico antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza o la restitución de la misma, o por la que cualquier síntoma y/o señal, de habérsele consultado a un Médico antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza o la restitución de la misma, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición Médica.
- 13. Condiciones congénitas o hereditarias: Condición médica existente antes del nacimiento que puede ser diagnosticada antes o después del mismo.
- 14. Cuidado médico en el hogar: Cuidos prestados al Asegurado en su hogar por un profesional licenciado (Enfermero o Terapista).
- 15. Cuidados de custodia: Asistencia con las actividades cotidianas del Asegurado, que incluye, pero no está limitada a su higiene personal, su alimentación, y ayuda en el baño. Estos cuidados pueden ser prestados por personal que no han recibido entrenamiento médico o de enfermería.



- 16. Deducible: La cantidad de los gastos cubiertos que deben ser pagados por el Asegurado al Proveedor antes que los beneficios de la Póliza sean pagados por la Compañía.
- 17. Dependiente(s): Hijos naturales, hijastros e hijos legalmente adoptados del Asegurado Principal, o hijos y nietos para los cuales el Asegurado Principal haya sido nombrado tutor legal.
- 18. Donante: Persona de la cual se han obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un Receptor humano.
- 19. Emergencia médica: Una condición médica súbita, seria y aguda que requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato. Esta condición médica pone en peligro inminente la vida del Asegurado o la función de algún órgano.
- 20. Enfermedad: La alteración de la salud de un individuo. la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.
- 21. Enfermedad de Alzheimer: Es una enfermedad degenerativa cerebral de causa desconocida que se inicia, generalmente, de forma insidiosa y lenta, y evoluciona progresivamente durante un período de años, ocasionando problemas relacionados con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. No es parte normal del envejecimiento.
- 22. Enfermedades de origen infeccioso: Alteración del estado de salud causada por agentes patógenos tales como priones, virus, bacterias, hongos, protozoarios y helmintos.

- 23. Enfermero(a): Individuo licenciado para prestar servicios de enfermería en el país donde se está prestando el tratamiento médico.
- 24. Enmienda: Una declaración que anexa a la Póliza un funcionario autorizado de la Compañía para explicar, modificar o restringir la cobertura de esta Póliza, ya sea para un Asegurado en particular o para la Póliza en general.
- 25. Extracción de células madres: Se refiere a la muestra de sangre tomada del cordón umbilical del recién nacido inmediatamente después del nacimiento.
- 26. Fecha de efectividad: Fecha en la que comienza la cobertura de esta Póliza para cada uno de sus Asegurados.
- 27. Fecha de renovación: Es el primer día del próximo Año Póliza (Fecha de Aniversario de esta Póliza).
- 28. Fecha del aniversario de la póliza: Ocurrencia anual de la Fecha de Efectividad de la Póliza.
- 29. Grupo familiar: Cualquiera de los siguientes grupos que esté cubierto bajo la misma póliza: 1) Asegurado Principal y cónyuge con Dependientes; 2) Padres del Asegurado Principal, y 3) Suegros del Asegurado Principal. Una póliza puede asegurar a un máximo de tres (3) Grupos Familiares. Cada Solicitante recibe una evaluación de riesgos individual cuando solicita cobertura.
- 30. Habitación: Es una habitación de hospital privada o semiprivada para el uso de uno o más pacientes.
- 31. Honorarios del anestesiólogo: Costos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor.



- 32. Honorarios del cirujano y el médico asistente: Cargos del Médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico complejo.
- 33. Hospicio: Cuidados prestados al Asegurado cuando el mismo haya recibido un diagnóstico de una Enfermedad incurable. Estos incluyen cuidados físicos, psicológicos y de enfermería.
- 34. Hospital: Una institución legalmente licenciada como centro médico y quirúrgico, la cual provee primordialmente instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a individuos lesionados y enfermos por un personal médico o bajo la supervisión del mismo.
- 35. Hospitalización: Ingreso del Asegurado a un hospital por un período de más de 23 horas para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera Ambulatoria o en un consultorio médico externo.
- 36. I.M.C.: Índice de Masa Muscular que equivale al peso en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado.
- 37. Lesión: Daño infringido al cuerpo humano por una causa externa.
- 38. Maternidad cubierta: Embarazo del titular, cónyuge asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles I y II, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere 10 meses después de la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.
- 39. Maternidad no cubierta: Embarazo del titular, cónyuge asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles III, IV y V o, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere dentro de los primeros 10 meses

- posteriores a la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.
- 40. Médicamente necesario: Se trata de los tratamientos, servicios, procedimientos o suministros médicos que la Compañía, de mutuo acuerdo con el Médico del Asegurado, ha determinado necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. El servicio médico no tiene que ser Médicamente Necesario si:
  - a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, su familia o el Proveedor.
  - b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado.
  - c) Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o tratamiento de una condición específica.
  - d) Está fuera del alcance de la práctica estándar normada por la institución correspondiente.
- 41. Médico o doctor: Profesional licenciado para practicar la medicina en el país donde ha establecido su práctica y que actúa dentro de los parámetros establecidos para el ejercicio de su profesión.
- 42. País de residencia: Es el país donde el Asegurado ha residido por más de 180 días ininterrumpidos durante cualquier período de 365 días mientras esta Póliza ha estado vigente.
- 43. Pasatiempos riesgosos y deporte aficionado: Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o Enfermedad de las personas que las practican. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a



buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaidismo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada el cuerpo, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno. La práctica profesional de cualquier deporte debe ser declarada en la Solicitud de Seguro.

- 44. Período de gracia: El período de 30 días después de la fecha de vencimiento de la Póliza durante el cual la Compañía permitirá que se renueve la Póliza.
- 45. Periodo de espera: Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que cada Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza a partir de la Fecha Efectiva de la cobertura del asegurado.
- 46. Póliza: Contrato emitido al Asegurado Principal que provee los beneficios especificados en dicho documento. La guía de membresía, el Certificado de Cobertura, Endosos de la Póliza, la Solicitud y cualquier documento de apoyo, están incorporados y forman parte de la Póliza.
- 47. Práctica profesional de deporte: Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su fuente principal medio de ingreso.
- 48. Proveedores de trasplantes: Consiste en un grupo de hospitales, instalaciones de diagnóstico y Médicos aprobados y contratados por la Compañía.
- 49. Proveedores preferidos: Grupo de hospitales preferidos por la Compañía. La lista de estos Proveedores Preferidos se encuentra disponible en línea en línea en palig.com/privateclient.

- 50. Receptor: Individuo que recibe uno o más órganos, tejidos o células de un Donante humano.
- 51. Recién nacido: Un niño, desde el momento de su nacimiento, hasta que cumple 31días de vida.
- 52. Reclamo: Es la solicitud del Asegurado Principal a la Compañía para el pago de los beneficios de la Póliza.
- 53. Segunda opinión médica: La opinión médica de un Médico que no sea el Médico que atiende al Asegurado.
- 54. Servicios médicos ambulatorios: Son aquellos que no requieren hospitalización y que son prestados en un hospital dentro de un período máximo de duración de 23 horas.
- 55. Solicitante: La persona que llena la Solicitud para obtener cobertura médica o para modificar la cobertura de salud existente.
- 56. Solicitud: Declaración por escrito en un formulario intitulado, Solicitud de Seguro de Salud, diseñado por la Compañía y firmado manualmente o electrónicamente por el Solicitante, y que contiene información sobre sí mismo y sus Dependientes, para ser usada por la Compañía con el propósito de determinar la asegurabilidad de los Solicitantes o para evaluar cualquier modificación solicitada de una Póliza existente. Cualquier expediente médico o cuestionario sometido a la Compañía con el propósito de evaluar la cobertura médica solicitada constituirá parte de la Solicitud.
- 57. Terapia y rehabilitación física: Procedimientos practicados por un profesional acreditado con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas que puedan haberse visto afectadas por una Lesión cubierta,



- Enfermedad o tratamiento quirúrgico.
- 58. Trasplante: Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un Donante humano son implantadas en un Receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como Donante y como Receptor.
- 59. Tratamiento dental de emergencia: Tratamiento Médicamente Necesario para restaurar dientes dañados debido a un Accidente cubierto por la Póliza.
- 60. Tratamiento médico preventivo: Procedimiento, medida, fármaco o programa diseñado para prevenir que se produzca una enfermedad.

- programado: 61. Tratamiento médico Tratamiento, servicio, procedimiento o suministro necesario para tratar una condición médica.
- 62. Usual, acostumbrado y razonable ('UCR'): Tarifas razonables que acostumbran a cobrar en un país determinado o área geográfica por la prestación de servicios médicos y quirúrgicos.

# V. INFORMACIÓN GENERAL DE

# LA PÓLIZA

- 1. Ley pertinente: Esta Póliza la gobiernan las leyes del estado de Louisiana, EE.UU. Si surgiera algún desacuerdo relacionado con la interpretación de este documento, la versión en inglés del documento será considerada como la versión definitiva, y tendrá precedencia sobre la versión de este documento en cualquier otro idioma.
- 2. Autoridad: Las modificaciones y cambios hechos a cualquier provisión de la Póliza y/o Enmiendas de la misma tendrán validez solo cuando sean aprobadas por escrito por un oficial de la Compañía.
- 3. Cancelación o no renovación de la póliza: La Compañía se reserve el derecho a cancelar, modificar o rescindir la Póliza, así como a cambiar la tarifa del Deducible si existe alguna de las siguientes condiciones:

- a) La información declarada en la Solicitud es falsa, incompleta o se ha cometido algún fraude, así causando que la Compañía aprobara la Póliza cuando en realidad de haberse proporcionado la información correcta la Póliza se hubiese emitido conteniendo restricciones, o simplemente se hubiese determinado que el Solicitante no era asegurable.
- b) El Asegurado cambia de País de Residencia y no notifica a la Compañía.
- c) El producto aprobado no está disponible en el nuevo País de Residencia del Asegurado.
- d) El Asegurado somete un Reclamo que la Compañía determina fraudulento.







e) El Asegurado se encuentre incluido en la lista de la Oficina para el Control de Fondos Extranjeros ('OFAC') de los EE.UU.

Ningún Asegurado será sancionado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza basado en sus Reclamos.

- 6. Revisión de reclamos: Si el Asegurado estuviera en desacuerdo con la manera en que los beneficios de esta Póliza fueron aplicados a su Reclamo, el Asegurado deberá solicitar por escrito la revisión del Reclamo en cuestión al Comité de Apelaciones de la Compañía y acompañar dicha solicitud con toda información relevante. Dicho Comité le notificará su decisión al Asegurado, así como la razón de la misma, en un espacio de 30 días.
- 7. Reclamos, arbitraje, renuncia a juicio por jurado y procesos legales: Si surgiera un desacuerdo después de la apelación el caso debe ser presentado a arbitraje, el cual puede ser iniciado por el Asegurado o por la Compañía al notificar por escrito a la otra parte, la cual contará entonces con 20 días después del recibo de dicha notificación para seleccionar un árbitro. De lo contrario, el reclamante tendrá el derecho de seleccionar al segundo árbitro. Un tercer árbitro será seleccionado dentro de los 10 días posteriores y 10 días después de dicha designación, se designará además el lugar donde tendrá lugar el arbitraje. La Compañía seleccionará entonces un árbitro y el Asegurado otro, esos dos árbitros seleccionarán a un tercero. El arbitraje tendrá que ser llevado a cabo en la ciudad de Nueva Orleans, Louisiana, EE.UU. y cada interesado pagará los gastos del proceso de arbitraje. Si surgiera algún desacuerdo entre los árbitros, se llegará a una decisión por votación. El Asegurado sede

- jurisdicción exclusiva a la ciudad de Nueva Orleans para determinar los derechos sobre esta Póliza. El Aseguradoy la Compañía acuerdan por este medio, que la resolución de cualquier disputa legal que pueda surgir de esta Póliza, se solucionará en un juicio sin jurado.
- 8. Errores de imprenta: Dichos errores (ya sean suyos o de la Compañía), no cambiarán los beneficios pagaderos bajo esta Póliza y estarán sujetos a ajustes razonables para corregirlos. Errores hechos durante el proceso de completar la Solicitud, la evidencia que hace asegurable al Solicitante o cualquier otra información requerida para evaluar el riesgo de la cobertura, o para procesar un Reclamo no se considerará un error de imprenta.
- Comienzo y terminación de su cobertura de seguro: Esta Póliza se hará vigente a la 00 .01 hora estándar del este de los EE.UU. ('EST') en la Fecha de Efectividad que le de la Compañía a dicha Póliza y no en la fecha en que fue firmada la Solicitud (excepto para la cobertura provisional de Accidentes. Por favor consúltela última página de la Solicitud para más detalles sobre dicho beneficio provisional). La cobertura expira a las 24:00 horas ('EST') en la más temprana de las siguientes fechas: a) La fecha en que expira la Póliza; b) La fecha en que el Asegurado Principal haya solicitado por escrito la terminación de la Póliza; c) La fecha en que el Asegurado Principal haya solicitado por escrito que se termine la cobertura de uno de sus Dependientes bajo esta Póliza; d) La fecha en que la Compañía le notificara al Asegurado por escrito su decisión de terminar la cobertura de la Póliza, de acuerdo a los Términos y condiciones de la misma, y e) La fecha en que se deba la prima, si la misma no ha sido pagada, lo cual está sujeto al Período de Gracia. La Compañía será responsable solamente de pagar los servicios proporcionados a los Asegurados antes de la fecha de terminación de la Póliza.



- 10. Cooperación: El Solicitante o Asegurado debe proporcionarle a la Compañía toda información médica requerida. Además, el Asegurado debe autorizar a la Compañía a obtener todo informe médico y otros documentos de esa naturaleza quela Compañía considere necesarios La falta de cooperación con la Compañía en la obtención de dichos informes y/o documentos, pudiera causar que la Compañía concluya el proceso de evaluación de riesgos o denegará un Reclamo.
- 11. Moneda: Todos los valores expresados en esta Póliza están basados en dólares norteamericanos.
- 12. Acciones fraudulentas de terceros: Si un Reclamo bajo esta Póliza es hallado de alguna manera fraudulento o si alguien, a nombre del Asegurado, usa prácticas o medios fraudulentos, nosotros pudiéramos denegar beneficios y cancelar esta Póliza.
- 13. Período de gracia: La Compañía permitirá un Período de Gracia de 30 días comenzando en la Fecha de Renovación de la Póliza para que el Asegurado pague la prima de la misma. Si prima completa no es recibida por la Compañía antes del final del Período de Gracia estipulado, esta Póliza se considerará terminada en la Fecha de Renovación de la misma. No se proporcionarán ni pagarán beneficios durante el Período de Gracia hasta que la prima completa haya sido recibida por la Compañía.
- 14. Lenguaje de la póliza: Esta Póliza está escrita y es emitida solamente en el idioma inglés. La Póliza ha sido traducida al español para la conveniencia del lector. Si existe un conflicto entre el lenguaje de la Póliza en inglés y su traducción al español, la versión de inglés gobernará y prevalecerá como el documento oficial de la Póliza.

- 15. Responsabilidad: La Compañía no se hace responsable por la calidad del cuidado recibido por un Asegurado de parte de una institución o individuo. Esta Póliza no provee al Asegurado o persona cubierta por la misma, ningún derecho a tomar acción en contra de la Compañía por actos u omisiones de un hospital, Enfermero(a), Médico u otro proveedor de cuidados o servicios La Compañía es responsable solamente del pago de los beneficios bajo las provisiones de esta Póliza.
- 16. Avisos: Toda correspondencia escrita por parte del Asegurado a la Compañía, debe dirigirse a la siguiente dirección por correo certificado:

#### Pan-American Private Client 121 Alhambra Plaza Coral Gables, Florida 33134 USA

- 17. Otra cobertura de seguro de salud: Cuando un Asegurado cuenta con cobertura bajo otra póliza de salud en su País de Residencia, los beneficios serán pagados primeramente por la póliza local. Los gastos cubiertos por la Póliza Local, que resulten compensables de acuerdo a los beneficios de esta póliza, serán acreditadas al Deducible del Asegurado. Los gastos compensables bajo esta póliza que no fueron cubiertos por la compañía local y exceden el deducible serán liquidados de acuerdo a lo estipulado en esta póliza. Cuando el Asegurado requiera cobertura fuera de su País de Residencia, la Compañía será la aseguradora primaria.
- 18. Emisión de la póliza: Esta Póliza se considerará emitida o entregada cuando sea recibida por el Asegurado Principal en su País de Residencia.



- 19. Cambio en la prima: Las primas se calculan por el término de un año y están basadas en la edad de cada Asegurado en el momento en que la cobertura se hace efectiva y en cada Fecha de Renovación. Las primas se basan también en el País de Residencia del Asegurado y pueden ser además afectadas por otros factores de riesgo. La Compañía se reserva el derecho de cambiar la prima en la Fecha del Aniversario de la Póliza en base a "Clase".
- 20. Reembolso de la prima: Durante los primero veintiún (21) días calendario después de haber recibido la póliza, el Asegurado Principal es responsable de revisar toda la información proporcionada por la Compañía en relación con su póliza y de no estar de acuerdo con la misma puede cancelar dicha Póliza y devolverla a la Compañía. Si no se hubieran hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

De igual forma se procederá con el reembolso indicado si la Póliza es cancelada por el Asegurado después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de fallecimiento del Asegurado Principal. La porción no devengada de la Prima se calcula con base en el número de días que el Asegurado no esté cubierto por la Póliza. El número de días se determina desde la Fecha Efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente fecha de renovación.

El Asegurado Principal debe revisar el contenido y términos de esta póliza en su integridad y de no estar de acuerdo con los términos y condiciones de la misma puede solicitar la cancelación de la misma de conformidad con lo indicado en el párrafo anterior.

- 21. Reinstalación: Durante los 60 días que le siguen a la terminación del Período de Gracia, la Compañía puede a su discreción reinstalar la Póliza. El proceso de reinstalación requiere que se complete una Solicitud nueva, así como también se proporcione cualquier información o documentación médica que la Compañía pueda necesitar para la evaluación de riesgos de dicha Solicitud y el pago de la prima correspondiente.
- 22. Renovación: La duración de la cobertura de la Póliza es de 12 meses. La Póliza se renueva automáticamente en el próximo Año Póliza, siempre que el producto y el Deducible seleccionado por el Asegurado Principal, estén aún disponibles y todo pago pendiente de la prima haya sido efectuado.
  - El Asegurado es responsable de pagar la prima a tiempo. Las notificaciones de prima se le hacen llegar al Asegurado como una cortesía, sin embargo, la Compañía no garantiza la entrega de dichas notificaciones. Si el Asegurado no recibe una notificación de pago 30 días antes de la fecha de pago de la prima, o el Asegurado no conoce la cantidad de prima a pagar, el Asegurado debe contactar a la Compañía. El Asegurado es el único responsable de estar al tanto de la fecha de expiración de esta Póliza, para mayor información por favor comuníquese con nuestro equipo Private Client -Service serviceimm@palig.com o con su Agente.
- 23. Separación: Cualquier provisión de este contrato que esté prohibida por la ley, no tendrá fuerza ni efecto. No obstante eso no invalidará la capacidad de ejecución de las demás provisiones de este contrato.
- 24. Culpabilidad de terceras personas: Si el Asegurado requiere tratamiento médico debido a la culpabilidad de terceras personas (por ejemplo, un Accidente automovilístico), el



Asegurado debe informárselo a la Compañía cuánto antes. El Asegurado es responsable de obtener los detalles del seguro de la persona culpable. La Compañía se reserva el derecho de cobrar al Asegurado cualquier costo cubierto por la Compañía, por el cual el Asegurado ha recibido reembolso de otra compañía aseguradora.

- 25. Impuestos: El Asegurado es responsable de pagar los impuestos locales cuando sea pertinente. La prima colectada no incluye impuestos que sean responsabilidad del Asegurado. Por favor contacte a sus autoridades locales para más información.
- 26. Omisiones o inexactas declaraciones: Los solicitantes están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de conformidad con la Solicitud del Seguro para la contratación del Seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean del conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Seguro.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la Solicitud de Seguro, aun cuando no haya influido en la apreciación del riesgo, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Seguro. La Compañía comunicará de forma automática al Contratante o Asegurado Principal la rescisión del Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en el aviso por parte del Contratante o del Asegurado Principal al celebrar el Seguro, deberá ser reintegrado inmediatamente a la Compañía por el Contratante.

Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por los Asegurados en las solicitudes o reclamaciones correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Contratante y los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento de tal circunstancia.

Si la información falsa o inexacta hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el Seguro conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el Seguro devolviendo al Asegurado el 100% de la prima neta no devengada al momento de dicha rescisión, sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado



basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera Contratante, los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el periodo máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

# CÓMO MANEJAR SU PÓLIZA

Al cambiar su país de residencia: Usted deberá notificar a la Compañía por escrito dentro de los primeros 30 días después que haya cambiado de País de Residencia. En caso de que la Compañía no ofrezca sus productos en su nuevo País de Residencia, su cobertura pudiera ser cancelada o modificada en la Fecha de Renovación de esta Póliza.

Cambio de plan o producto: Usted puede solicitarle a la Compañía un cambio de plan o producto una vez que la póliza ha cobrado efecto. Dichas solicitudes deben ser sometidas por escrito por el Asegurado Principal y cobrarán efecto en la próxima Fecha de Aniversario de la Póliza. Algunos cambios de plan o producto pueden, sin requerir una evaluación de riesgos.

Pago de reclamos cubiertos: Cuando el Deducible haya sido satisfecho, la Compañía hará pagos directos a los proveedores, siempre que sea posible. Cuando el pago no se haga directo al proveedor, la Compañía le reembolsará al Asegurado Principal la cantidad basada en las tarifas contractuales con dicho proveedor, o la cantidad que sea Usual, Acostumbrada y Razonable de los costos compensables que le hayan sido presentados a la misma. La Compañía habrá de recibir toda información médica y otra que requiera. Mientras se determina si el Reclamo es compensable, la Compañía puede solicitar que el Asegurado reclamante se someta a una segunda opinión médica, pagada por la Compañía para determinar si el Reclamo es compensable. La prueba de Reclamo tiene que ser sometida durante el período de 180 días después de la fecha de servicio. La prueba de Reclamo tiene que ser recibida por la Compañía para que comience el procesamiento del Reclamo, la cual consiste de los siguientes documentos:

- Toda factura detallada de los proveedores.
- Documentación médica reciente.
- 3. Un formulario de Reclamo completado y firmado por cada incidente (solamente para reembolsos).

Los documentos requeridos deben ser enviados a la Compañía por correo certificado a la siguiente dirección:

#### Pan-American Private Client PO Box 16174 Lubbock, Texas 79490 USA

La Compañía retiene completa y exclusiva discreción para determinar si hacerle los pagos a usted o a su proveedor. Los pagos no son asignables sin aprobación escrita. Todo derecho del Asegurado para recibir servicios es de naturaleza personal y no pueden ser asignados. Si la Compañía pagara beneficios por una cantidad mayor de aquella por la que es responsable, la Compañía tiene el derecho de recaudarle tal sobrepago al Asegurado, al hospital u a otro proveedor, o pudiéramos reducir la cantidad del pago de futuros Reclamos.



Para facturas emitidas en monedas que no sean dólares norteamericanos, la tarifa de cambio que se emplee será determinada por la Compañía, basado en la fecha en que fueron prestados los servicios.

Como pagar su prima: Usted puede pagar la prima de su Póliza, así como la prima correspondiente a la adición de un Dependiente con una o más tarjetas de crédito o con un cheque personal de una cuenta bancaria en los EE .UU. Los pagos se pueden hacer electrónicamente, también por transferencia bancaria o enviando un cheque o giro bancario ('money order') por correo a la Compañía. Para mayor información por favor comuníquese con nuestro equipo Private Client - Service serviceimm@palig.com o con su Agente.

Si usted elige pagar su prima anualmente tendrá que pagar por adelantado la cantidad completa del Año Póliza. Dicha cantidad estará reflejada en la cotización y en la notificación de la renovación.

Si usted selecciona un plan de pagos semestral o trimestral, el primer pago parcial debe ser hecho por adelantado y le proporcionará cobertura por el período seleccionado. A los pagos a plazo se le aplican cargos adicionales. Los pagos parciales subsecuentes tendrán que ser pagados en la fecha indicada, o sea, cada 6 meses o cada 3 meses, según su elección. De no hacerse el pago inicial de la prima o los pagos subsecuentes a tiempo, esto pudiera causar la terminación de la cobertura. Los cambios de modo de pago pueden hacerse solamente en la Fecha de Aniversario de la Póliza o dando instrucciones por escrito, las cuales deben ser recibidas por la Compañía antes de la fecha en que se deba pagar la prima.

Si tuviera una queja: Si tuviera una queja: Si en algún momento usted no está satisfecho con su cobertura de seguro nos gustaría saberlo. Hemos creado un proceso sencillo para que usted nos haga llegar su inquietud.

Puede enviarnos un correo electrónico a Private Client - My Experience myexperienceimm@palig.com. Su información se tratará de manera confidencial y un supervisor le dará atención inmediata a su asunto.

Nada es más importante para nosotros que tratar a nuestros Asegurados como ellos se merecen. Si por alguna razón usted no estuviera satisfecho con el servicio que le hemos brindado o si usted decidiera cancelar su Póliza, le rogamos nos comunique los motivos de su descontento para que nos ayude a evitar cometer el mismo error en el futuro.

Su confidencialidad: La información de nuestros Asegurados es muy importante para la Compañía. Para esto la Compañía cumple con la ley de 'HIPAA' (Health Insurance Portabiliby and Accountability Act). A la vez, contamos con procesos que aseguran que tanto su información personal como su información médica estén protegidas. La Compañía no venderá su información personal o médica a terceros.

PAN AMERICAN

— Private Client —



Pan-American Private Client 121 Alhambra Plaza Suite 1501 Coral Gables, FL 33134 Telephone: (305) 961-1606 Email: serviceimm@palig.com palig.com/privateclient

Follow us:

in Pan-American Life Insurance Group