HCC Medical Insurance Services, LLC
251 North Illinois Street, Suite 600, Indianapolis, IN, 46204 USA
Tel: 317-262-2132 Línea gratuita: 800-605-2282
http://service.hccmis.com
hccmis.com

ATLAS TRAVEL®

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

SPECIMEN

1002150919

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN Y NOTIFICACIÓN IMPORTANTES DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE DE EE. UU. (“PPACA”, EN INGLÉS) 3

RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA 3

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU SEGURO DE VIAJE 3

- CANCELACIÓN 3
- ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS EE. UU. 4
- RECLAMOS 4
- APELACIONES Y QUEJAS 4
- DEFINICIONES 4
- ENFERMEDADES PREEXISTENTES 4
- PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 4
- DERECHOS DE LOS TERCEROS 4
- LEY Y COMPETENCIA 5
- AVISO ARBITRAL 5
- TOKIO MARINE HCC - MEDICAL INSURANCE SERVICES GROUP (“MIS GROUP”) 5

APTITUD DE LOS MIEMBROS 5

- FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO 5
- FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO 6
- PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA 6
- PERIODO DE BENEFICIOS 6
- COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA 6

RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES 7

REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS 10

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS 10

- PRUEBA DEL RECLAMO 11
- COOPERACIÓN EN RECLAMOS 11
- ACCESO A MATERIALES ADICIONALES 11
- OTRO SEGURO 11

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA 11

- CÓMO APELAR UN RECLAMO 11

ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS 12

ENFERMEDADES PREEXISTENTES 13

- INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES 14

GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN 14

- GASTOS MÉDICOS 14
- EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA 15
- INTERRUPCIÓN DE VIAJE 16
- REGRESO DE UN MENOR 17
- EVACUACIÓN POLÍTICA 17
- REPATRIACIÓN DE RESTOS 18
- ENTIERRO O CREMACIÓN LOCAL 18

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN Y GASTOS DE VISITA 19

- INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN 19
- REUNIÓN DE EMERGENCIA 19
- VISITA DOMICILIARIA 19

ASISTENCIA EN VIAJES 20

- DEMORAS EN VIAJE 20
- EQUIPAJE REGISTRADO EXTRAVIADO 20
- DESASTRES NATURALES: ALOJAMIENTO DE REEMPLAZO 21
- PROTECCIÓN DE INGRESO FRONTERIZO 21

ENTREGA DE MASCOTAS 22

ACCIDENTE PERSONAL 22

- MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL. 22
- BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO 23

DEPORTES Y ACTIVIDADES 24

RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS 26

RESPONSABILIDAD PERSONAL 27

TERRORISMO 28

EXCLUSIONES GENERALES 29

DEFINICIONES 31

ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL 36

ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL 38

- EVACUACIÓN POR DESASTRES NATURALES 39

ANEXO DEL BENEFICIO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL OPCIONAL 41

SPECIMEN

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN Y NOTIFICACIÓN IMPORTANTES DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE DE EE. UU. (“PPACA”, EN INGLÉS)

Este seguro no está sujeto a la PPACA de los Estados Unidos y no presta algunos beneficios de seguro exigidos por esta ley. La PPACA exige a ciertos residentes y ciudadanos de los EE. UU. que contraten un seguro médico o una “cobertura básica mínima” conforme a la PPACA. La PPACA también les exige a ciertos empleadores que les ofrezcan a sus empleados la cobertura de seguro conforme a la PPACA. Podrían imponerse multas impositivas a los residentes y ciudadanos de EE. UU. que no cuenten con una cobertura de seguro básica mínima y a ciertos empleadores que no ofrezcan la cobertura de seguro conforme a la PPACA. En algunos casos, se podría considerar que ciertas personas cuentan con la cobertura de seguro básica conforme a la PPACA aun cuando su cobertura de seguro no brinde todos los beneficios que exige la PPACA. **Usted** debería consultar con su abogado o profesional impositivo para determinar si esta póliza cumple con todas las oblogaciones que la PPACA le exige a **usted**.

RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N. º 191920-1.1. Para obtener una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group.

El objetivo de esta descripción es ayudarlo a **usted** a entender el seguro que **su** certificado le otorga. Este detalla las características, beneficios, limitaciones, exclusiones, definiciones clave, el resumen de beneficios y límites y toda certificación aplicables a **su certificado**.

Los niveles de cobertura que se aplican a **su** cobertura se detallan en el resumen de beneficios y límites.

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU SEGURO DE VIAJE

CANCELACIÓN

Esperamos que esté conforme con la cobertura que esta póliza le ofrece. No obstante, si después de leerla, este seguro no cumple con **sus** requisitos, notifíquenos de **su** intención de cancelarlo y **nosotros** le reembolsaremos **su** prima.

Las primas serán reembolsadas en su totalidad si una solicitud de cancelación se recibe antes de la fecha de **entrada efectiva del certificado.**

Las primas podrán reembolsarse luego de la **fecha efectiva del certificado** sujeto a las siguientes disposiciones:

a. Corresponderá una comisión por cancelación de $25 por los costos administrativos en los que incurramos y
b. Se reembolsará únicamente la parte no utilizada del costo del plan y
c. **Usted** no debe haber presentado ningún reclamo para poder resultar apto para un reembolso de una prima.

SPECIMEN

ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS EE. UU.

Esta póliza de seguro ofrece la opción de una red de la PPO para tratamiento médico prestada dentro de los EE. UU. Si **usted** elige recibir tratamiento de un proveedor de PPO, los cargos facturados por los gastos aptos podrían reducirse y **nosotros** le remitiremos su pago directamente al proveedor.

Puede consultar una lista de **hospitales, médicos** y otros proveedores de servicios médicos incluidos dentro de la Red de la PPO para la zona en la que **usted** está recibiendo el tratamiento accediendo al sitio de Internet de Tokio Marine HCC - MIS Group: www.hccmis.com. Para asistencia para contactarse con un proveedor, contáctenos al 1-800-605-2282.

RECLAMOS

La presente póliza de seguro contiene un Procedimiento de Reclamo que **le** indica los pasos que debe seguir para presentar un reclamo y explica **nuestras** obligaciones hacia **usted**. A partir del último día de su **periodo del certificado**, **usted** tendrá 60 días para presentarnos la **prueba del reclamo**.

APELACIONES Y QUEJAS

La presente póliza de seguro contiene un Procedimiento de Apelaciones y Quejas que **le** indica los pasos que debe seguir si desea presentar una apelación o una queja.

DEFINICIONES

La presente póliza de seguro tiene términos definidos que se indican con palabras escritas en negrita (sin incluir los títulos). Los términos definidos pueden encontrarse en la sección de beneficios correspondiente o en las definiciones generales.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La presente póliza de seguro no incluye cobertura para enfermedades preexistentes, excepto lo que se dispone en virtud del beneficio por Inicio agudo de enfermedades preexistentes. Esta póliza define una enfermedad preexistente y proporciona la descripción del beneficio por Inicio agudo de enfermedades preexistentes.

PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Nosotros respetamos la privacidad personal y valoramos **su** confianza. **Nosotros** restringimos el acceso a la información personal a los empleados/socios que necesitan conocer esa información para desempeñar su trabajo. Todo empleado que determinemos que está violando la presente póliza será pasible de una medida disciplinaria, lo que incluye su despido y una acción penal.

No divulgaremos **su** información personal a terceros fuera Tokio Marine HCC ni a **nuestros** socios a menos que se ordene hacerlo para cumplir con la ley de los países en los que **nosotros** operamos o al dar cumplimiento al proceso legal.

DERECHOS DE LOS TERCEROS

Usted podrá ceder los beneficios en virtud de este seguro a un **hospital**, **médico** u otro proveedor. Dicha cesión no conferirá a dicho **hospital, médico** u otro proveedor, ningún derecho o privilegio que se le otorgue en virtud de este seguro excepto por el derecho a recibir los beneficios, si los hubiera, que hayan sido determinados como debidos y pagaderos en virtud del presente. Ningún **hospital, médico** u otro proveedor tendrán ningún reclamo o derecho de acción directo o indirecto contra **nosotros**.

SPECIMEN

LEY Y COMPETENCIA

No podrá iniciarse ninguna acción conforme a derecho o equidad para recuperar los beneficios en virtud de este seguro sino hasta 60 días después de que la prueba del reclamo escrita **nos** haya sido enviada. Dicha acción no podrá presentarse finalizados los tres (3) años siguientes al momento en que se requiera la entrega de la prueba del reclamo escrita. La validez, interpretación y ejecución del presente contrato se regirán e interpretarán de acuerdo con las leyes de las Islas Bermudas.

AVISO ARBITRAL

EXCEPTO EN EL CASO DE DETERMINADOS TIPOS DE LITIGIOS QUE SE DESCRIBEN EN LA SECCIÓN «ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS», Y SI NO DA LA BAJA VOLUNTARIA SEGÚN SE ESTABLECE EN LA MISMA SECCIÓN, ACEPTA QUE LOS LITIGIOS ENTRE USTED Y MIS GROUP Y/O LAS ASEGURADORAS SE RESUELVAN MEDIANTE UN ARBITRAJE VINCULANTE E INDIVIDUAL; ASIMISMO, RENUNCIA A SU DERECHO A PRESENTAR O DIRIMIR CUALQUIER LITIGIO EN UNA DEMANDA O UN ARBITRAJE DE CARÁCTER MANCOMUNADO, CONSOLIDADO, DE REPRESENTACIÓN, GRUPAL O PRIVADO, O A PARTICIPAR EN ALGUNA DE ESTAS ACCIONES.

TOKIO MARINE HCC - MEDICAL INSURANCE SERVICES GROUP ("MIS GROUP")

HCC Lloyd's Syndicate 4141 es una subsidiaria de Tokio Marine HCC , está administrada por HCC Underwriting Agency Ltd , que a su vez está autorizada por la Autoridad Regulatoria Prudencial (PRA) y se rige por la Autoridad de Conducta Financiera (FCA) y la Autoridad Regulatoria Prudencial (PRA). Inscripta en Inglaterra y Gales bajo el No. 04632146. Domicilio registrado: 1 Aldgate, London, EC3N 1RE, Reino Unido. Lloyd's es una entidad aseguradora autorizada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para operar en España, bajo la clave L0017.

Estos detalles pueden verificarse en el Registro de Servicios Financieros visitando: www.fca.org.uk o contactándose con la Autoridad de Conducta Financiera al 0800 111 6768.

APTITUD DE LOS MIEMBROS

Los ciudadanos estadounidenses y los ciudadanos no estadounidenses de al menos 14 días de edad serán aptos para recibir la cobertura fuera de sus países de residencia, excepto conforme se indica en la cobertura en el país de residencia. Los ciudadanos y residentes de EE. UU. no son aptos para recibir cobertura en los Estados Unidos, con excepción de lo dispuesto en virtud de la cobertura del país de residencia o de un periodo apto de beneficios. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos de 70 a 79 años estarán sujetos a un máximo general de $150.000 o menos. A partir de la fecha de entrada en vigencia del certificado, los individuos mayores de 80 años estarán sujetos a un límite máximo general de $10.000.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE EXTINCIÓN DE LOS CERTIFICADOS

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente comenzará:

a. En el momento en que **nosotros** recibamos una solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por Internet o por fax;
b. A las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. del día en que recibamos una solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por correo;
c. En el momento en que **usted** sale de **su país de residencia** o
d. A las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud, lo que ocurra después.

SPECIMEN

FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente finalizará:

a. A las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. del último día del periodo por el cual se pagó la prima;
b. A las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud; o
c. En el momento de llegada, a **su** regreso a **su país de residencia** (a menos que haya comenzado un periodo de beneficios o resulte apto para la cobertura en su país de residencia).

PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

PERIODO DE BENEFICIOS

Mientras el **certificado** se encuentre vigente, el periodo de beneficios no será aplicable. Luego de la extinción del **certificado**, en virtud de la presente disposición, **nosotros** pagaremos los gastos médicos aptos, hasta 90 días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubierta mientras **usted** se encuentre fuera de **su país de residencia**. El periodo de beneficios se aplicará únicamente a los gastos médicos aptos relacionados con la **lesión** o **enfermedad** que haya comenzado cuando el **certificado** se encontraba vigente.

En caso de que **usted** comience un periodo de beneficios mientras el **certificado** está en vigencia y el **certificado** se extingue debido a que **usted** regresa a **su país de residencia**, **nuestra empresa** pagará los gastos médicos aptos que se incurran en **su país de residencia** durante el periodo de beneficios. La cobertura en el país de residencia se aplica solamente a los gastos médicos aptos relacionados con una **lesión** o **enfermedad** que comenzó mientras el **certificado** se encontraba en vigencia.

COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

Residentes estadounidenses: Por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, se cubren los gastos médicos aptos incurridos en los Estados Unidos hasta un máximo de 15 días.

Residentes no estadounidenses: Por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, se cubren los gastos médicos aptos incurridos en **su país de residencia** hasta un máximo de 30 días.

Los beneficios acumulados durante un solo periodo de tres meses no se acumularán para otro periodo. Si no continúa **su** viaje internacional o si regresa a **su país de residencia** con el único propósito de recibir el tratamiento adecuado para una **enfermedad** o **lesión** que comenzó mientras estaban de viaje, de conformidad con los términos del presente contrato, se anulará toda cobertura en el país de residencia.

Excepto en el caso del periodo de beneficios, la cobertura que se presta en virtud de la presente Póliza Maestra será por un plazo máximo de 364 días.

Sin perjuicio de lo antedicho, la cobertura en virtud de los planes finalizará en la fecha en la que **nosotros**, a **nuestro** exclusivo criterio, decidamos cancelar a todos los **miembros** del mismo sexo, edad, clase o ubicación geográfica, siempre que **nosotros** los enviemos una notificación por correo a **su** último domicilio conocido con una antelación mínima de 30 días.

SPECIMEN

RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Detalles del Plan	
Límite máximo general	80 años o más: $10.000. De 70 a 79 años: $50.000, $100.000, o $150.000. Todos los demás: $50.000, $100.000, $250.000, $500.000, $1.000.000 o $2.000.000
Máximo por lesión/enfermedad	80 años o más: $10.000. De 70 a 79 años: $50.000, $100.000, o $150.000. Todos los demás: $50.000, $100.000, $250.000, $500.000, $1.000.000 o $2.000.000
Deducibles	$0, $100, $250, $500, $1.000, $2.500, o $5.000por **periodo del certificado**.
Coseguro	**Nosotros** pagaremos el 100% de los gastos aptos después del deducible hasta el límite máximo general.

Los gastos aptos están sujetos a **deducibles**, límite máximo general, y son por **periodo del certificado**, a menos que se indique específicamente lo contrario.

Beneficio	Límite
Habitación y comida en el hospital	Tarifa promedio de una habitación semi-privada, incluidos los servicios de enfermería.
Unidad de Cuidados Intensivos	Hasta el límite máximo general.
Ambulancia local	Cargos **normales, razonables y usuales**, cuando la **enfermedad** o **lesión** cubierta genere una hospitalización como paciente hospitalizado.
Copago por sala de emergencias	Reclamos incurridos en los EE. UU **Usted** será responsable de un copago de $200 por cada uso de la sala de emergencias por una **enfermedad**, a menos que sea hospitalizado en el **hospital.** No abonará copago por el tratamiento de una **lesión** en la sala de emergencia. Reclamos realizados fuera de los EE. UU. Sin copago
Copago por unidad de emergencias	Reclamos incurridos en los EE. UU En cada visita, **usted** será responsable de un copago de $15. *- Se renuncia al copago para miembros con un deducible de $0* *- no sujeto a deducible* Reclamos realizados fuera de los EE. UU. Sin copago
Terapia física para pacientes ambulatorios y cuidados quiroprácticos	Hasta $50 como máximo por día. Debe ordenarlas un **médico** por adelantado
Emergencia odontológica *(dolor de inicio agudo)*	Hasta $300 – *no sujeto a deducible*

SPECIMEN

Examen oftalmológico de emergencia por un siniestro cubierto	Hasta $150. Deducible de $50 por evento (se dispensa el deducible del plan).
Comienzo agudo de enfermedad preexistente *(sin incluir los enfermedades crónicas y congénitas) (sólo disponible para* ***miembros*** *menores de 80 años)*	De 70 a 79 años: Hasta $100.000 Menores de 70 años: Hasta el límite máximo general Hasta el máximo de por vida de $25.000 para la evacuación médica de emergencia.
Terrorismo	Hasta el máximo de por vida de $50.000, únicamente gastos médicos aptos.
Todos los demás gastos médicos aptos	Hasta el límite máximo general
Beneficios de Emergencia por Viaje	**Límite**
Evacuación médica de emergencia	Hasta un máximo de por vida de $1.000.000, excepto de conformidad con una enfermedad preexistente de inicio agudo. *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Repatriación de restos	Igual al límite máximo general elegido (no está sujeto a deducible ni coseguro). *Este límite es únicamente para esta prestación y no está incluido en el límite máximo general, ni se encuentra sujeto a este*
Entierro o cremación local	Hasta un máximo de por vida de $5.000 – *no sujeto a deducible*
Respuesta ante Situaciones de Crisis – Rescate, objetos personales y aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis	Hasta un máximo de $10.000 *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Anexo de la Respuesta ante Situaciones de Crisis Opcional con evacuación por desastres naturales	Hasta $90.000 por periodo de certificado, con un máximo de $10.000 por evacuación por desastres naturales *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Reunión de emergencia	Hasta $100.000, sujeto a un máximo de 15 días – *no sujeto a deducible*
Visita domiciliaria	Hasta $1.500 – *no sujeto a deducible*
Regreso de un menor	Hasta $50.000 – *no sujeto a deducible*
Entrega de mascotas	Hasta $1.000 – *no sujeto a deducible*
Evacuación política	Hasta un máximo de por vida de $100.000 – *no sujeto a deducible*
Interrupción de viaje	Hasta $10.000 – *no sujeto a deducible*
Muerte y desmembramiento accidental (no incluye la pérdida debido a un accidente en transporte público) De 18 a 69 años Menores de 18:	 Máximo de por vida: $25.000 Muerte: $25.000 Pérdida de 2 extremidades: $25.000 Pérdida de 1 extremidad: $12.500 Máximo de por vida: $5.000. Muerte: $5.000 Pérdida de 2 extremidades: $5.000 Pérdida de 1 extremidad: $2.500

SPECIMEN

De 70 a 74 años Mayor de 75 años:	Máximo de por vida: $12.500 Muerte: $12.500 Pérdida de 2 extremidades: $12.500 Pérdida de 1 extremidad: $6.250 Máximo de por vida: $6.250 Muerte: $6.250 Pérdida de 2 extremidades: $6.250 Pérdida de 1 extremidad: $3.125 Beneficio máximo de $250.000 para cada familia o grupo. *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Anexo del beneficio de muerte y desmembramiento accidental opcional (*sólo disponible para **miembros** de 18 a 69 años*)"	Máximo de por vida: $25.000. Muerte: $25.000 Pérdida de 2 extremidades: $25.000 Pérdida de 1 extremidad: $12.500 *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Muerte accidental en transporte público De 18 a 69 años Menores de 18: De 70 a 74 años Mayor de 75 años:	 $50.000 $10.000 $25.000 $12.500 Sujeto a un máximo de $250.000 por cada familia o grupo. *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Equipaje registrado extraviado	Hasta $1.000 - *no sujeto a deducible*
Demora en viajes	Hasta $100 por día después de un periodo de demora de 12 horas, que requiere una noche de estadía no planificada. Sujeto a un máximo de 2 días. - *no sujeto a deducible*
Pérdida o robo de pasaporte/visado de viaje	Hasta $100 - *no sujeto a deducible*
Protección de ingreso fronterizo	Hasta $500 si viaja con una visa B-2 válida y se le niega el ingreso en la frontera de los EE. UU. - *no sujeto a deducible*
Desastre natural: alojamiento de reemplazo	Hasta $250 por día durante 5 días – *no sujeto a deducible*
Indemnización por hospitalización	$100 por día de hospitalización como paciente hospitalizado – *no sujeto a deducible*
Responsabilidad personal	Hasta: $25.000 como máximo de por vida $25.000 **lesión de terceros** $25.000 bienes **de terceros** $2.500 **con** bienes **de terceros relacionados** *- no sujeto a deducible ni límite máximo general*
Anexo del beneficio de responsabilidad personal opcional	Hasta un máximo de por vida de $75.000 - *no sujeto a deducible ni límite máximo general*

Periodo del certificado hace referencia al periodo de tiempo que comienza en la fecha y hora de la **fecha efectiva del certificado** y que finaliza en la fecha y hora de la **fecha de finalización del certificado**.

Coseguro hace referencia al pago que **usted** realice del porcentaje indicado en el resumen de beneficios y límites.

SPECIMEN

Deducible hace referencia al monto en dólares de los gastos aptos, especificado en el resumen de beneficios y límites, que **usted** debe pagar por cada **periodo del certificado** antes del pago de los gastos aptos.

Normal, razonable y usual hace referencia a lo menor de lo siguiente:

1. Al ciento cincuenta por ciento (150%) de los cargos pagaderos según el programa Medicare de los Estados Unidos por reclamos incurridos fuera de la red de la PPO dentro de los EE. UU. o
2. Al cargo más común para los servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre el cargo, mientras dichos cargos sean razonables. Nosotros determinaremos lo que se define como cargos **normales, razonables y usuales**. Al determinar si un cargo es **normal, razonable y usual**, podremos tener en cuenta uno o más de los siguientes factores: el nivel de destreza, el alcance de la capacitación y la experiencia requerida para realizar el procedimiento o servicio, la cantidad de tiempo requerido para realizar el procedimiento o los servicios en comparación con la cantidad de tiempo requerido para realizar otros servicios similares, la gravedad o naturaleza de la **enfermedad** o **lesión** que se está tratando, la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros o por servicios, medicamentos o suministros comparables en esa zona; la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros en otras partes del país, el costo para el proveedor de la provisión de los servicios, medicamentos o suministros, otros factores que **nosotros**, en el ejercicio razonable de su discreción, determinemos adecuados.

REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS

Ninguna disposición contenida en este seguro restringe u obstaculiza **su** derecho a seleccionar el **hospital, el médico** u otro proveedor de servicios médicos que **usted** desee. Ninguna disposición contenida en este seguro restringe u obstaculiza la relación entre **usted** y el **hospital**, el **médico** u otros proveedores con respecto al tratamiento o cuidado de cualquier enfermedad, ni a **su** derecho de cualquier miembro a recibir, a **su** cargo, servicios o suministros que no están cubiertos por este seguro.

A fin de cumplir con los requisitos de la Organización Proveedora Preferida (PPO) los Estados Unidos **usted** debe recibir un tratamiento médico por parte de los proveedores de la PPO mientras se encuentre en los Estados Unidos.

Usted puede revisar un listado de **hospitales**, **médicos** y otros proveedores de servicios médicos incluidos en la red de PPO para el área donde usted recibirá el tratamiento a través de acceder al sitio Web de Tokio Marine HCC - MIS Group en: www.hccmis.com. Para solicitar asistencia en la búsqueda de un proveedor, contáctese con nosotros al 1-800-605-2282.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS

Usted deberá presentar un reclamo por todo gasto que **nosotros** debamos abonar. Esto incluye el tratamiento o los servicios por los que el proveedor médico **nos** facturará directamente. **No** realizaremos ningún pago sin que **usted** nos haya presentado un reclamo.

El aviso del reclamo, la declaración y autorización del reclamante y la prueba del reclamo deben enviarse por correo a:

Tokio Marine HCC - MIS Group
P.O. Box 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005
USA

SPECIMEN

PRUEBA DEL RECLAMO

Cuando **nosotros** recibamos el aviso acerca de un reclamo, le entregaremos a **usted** los formularios para presentar la prueba del reclamo. Una prueba de reclamo consiste en:

1. Un formulario de declaración y autorización del reclamante completo y firmado, junto con cualquier documento adjunto requerido;
2. Facturas detalladas originales de los médicos, hospitales y otros proveedores médicos y
3. Recibos originales por cualquier gasto que ya haya sido pagado por **usted** o en nombre **suyo**.

A partir del último día de su **periodo del certificado, usted** tendrá **60 días** para presentarnos la **prueba del reclamo (**a menos que los servicios médicos se presten después de la fecha de extinción del certificado, en cuyo caso, **usted** tendrá 60 días desde la fecha de realización del reclamo). Luego del recibo de la **prueba del reclamo**, **nosotros** podremos, a **nuestro** exclusivo criterio, solicitar y requerir información adicional necesaria para confirmar la validez de cualquier reclamo anterior al pago de dicho reclamo. Dicha información adicional incluye, entre otros, los registros médicos.

COOPERACIÓN EN RECLAMOS

Usted brindará asistencia y cooperará con **nosotros** o **nuestros** representantes en la obtención de cualquier otro registro que **nosotros** o ellos consideremos necesario para evaluar el incidente o reclamo. Luego del aviso de reclamo, **usted** proporcionará, cuando así se le solicitara, todas las autorizaciones necesarias para conseguir **sus** registros médicos. En caso de que **usted** no cooperara con **nosotros** o **nuestra** investigación del reclamo, **nosotros** no nos haremos responsables del pago de ningún reclamo.

ACCESO A MATERIALES ADICIONALES

Usted deberá brindar a **nosotros** o a **nuestros** representantes designados, toda la información, documentación, información médica que **nosotros** solicitemos razonablemente durante el plazo de la presente póliza o hasta que se resuelvan todos los reclamos, lo que resulte posterior.

OTRO SEGURO

Nosotros no pagaremos un reclamo si existe otro seguro que pagaría dicho reclamo, o que lo pagaría si este seguro no existiera. Este seguro será aplicable con respecto a los gastos en exceso del monto pagado o pagadero en virtud del otro seguro. **Nosotros** no pagaremos ningún reclamo con respecto a los cuidados, tratamientos, servicios o suministros entregados por cualquier programa o agencia financiada por cualquier gobierno.

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA

CÓMO APELAR UN RECLAMO

Si **nosotros** negamos la totalidad o parte de un reclamo en virtud del presente, **usted** podrá presentar una apelación escrita ante **nosotros**. La apelación escrita deberá incluir información suficiente como para identificar al reclamo que se está apelando y deberá especificar el(los) motivo(s) de la apelación con documentación de respaldo, si fuera necesario.

Realice su apelación escrita en línea o por correo postal en las siguientes direcciones:

http://service.hccmis.com/ o Tokio Marine HCC - MIS Group
P.O. Box 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005
USA

Cuando recibamos la apelación, la evaluaremos y le enviaremos una respuesta escrita. Después de recibir **nuestra** respuesta a la apelación, **usted** podrá iniciar una segunda apelación, Al momento de la recepción de la segunda apelación, personal médico y/o a cargo de los reclamos que no haya

SPECIMEN

participado en la determinación del reclamo original o en la apelación inicial evaluará el reclamo. Se tomará una determinación final y le enviaremos una carta.

Recuerde que la apelación de un reclamo no es un requisito para seguir el procedimiento de reclamos que se detalla a continuación.

PROCEDIMIENTO DE QUEJA

Nuestro compromiso es brindarle a **usted** un servicio de la más alta calidad y deseamos garantizar que esta se mantenga en todo momento. Si **usted** siente que no le hemos ofrecido un servicio de primer nivel, notifíquenoslo y **nosotros** haremos **nuestro** mejor esfuerzo para resolver el problema.

Realice su apelación escrita en línea o por correo postal en las siguientes direcciones:

http://service.hccmis.com/ o Tokio Marine HCC - MIS Group
P.O. Box 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005
USA

Nos contactaremos con **usted** 3 (tres) días hábiles después de recibir **su** queja para informarle qué medida se tomará. Trataremos de resolver el problema y le daremos una respuesta dentro de cuatro semanas. Si llevará más de cuatro semanas, le informaremos para cuándo puede esperar una respuesta.

Si **usted** es ciudadano del Reino Unido y no se le brindó una respuesta dentro de las ocho (8) semanas o no está satisfecho, si lo desea, puede derivar el reclamo a Lloyd's, que lo investigará y evaluará. La información para comunicarse con Lloyd's es la siguiente:

Complaints
Lloyd's
One Lime Street
London EC3M 7HA

Email: complaints@lloyds.com
Telephone: +44 (0)20 7327 5693
Fax: +44 (0)20 7327 5225
Web: www.lloyds.com/complaints

El procedimiento de demanda no afecta ningún derecho legal del que usted disponga para iniciar acciones. Si después de haber recibido una respuesta definitiva por parte de Lloyd's, usted continúa insatisfecho, puede comunicarse con el órgano de protección de los usuarios de servicios financieros:

Financial Ombudsman Service
Exchange Tower, Harbour Exchange Square, London, E14 9SR
Teléfono: +44 (0) 20 7964 0500
Correo electrónico: complaint.info@financial-ombudsman.org.uk

Si ha contratado su póliza en línea o por otro medio electrónico dentro de la Unión Europea (UE), también podrá presentar su queja a través de la plataforma para la resolución de disputas en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma para ODR es: http://ec.europa.eu/odr

ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS

A excepción de las demandas por desagravio por mandato judicial u otra protección judicial, todo litigio o controversia que hubiera entre un miembro y MIS Group, sus aseguradoras o filiales que surgiera o guardara relación con esta póliza maestra —incluyendo, entre otros: todo tipo de litigios, demandas (ya sea por responsabilidad extracontractual, contrato, estatuarios o de otra índole) o desacuerdos en torno a la existencia, el incumplimiento, la interpretación, la aplicación o la finalización de la póliza maestra— se resolverá en un arbitraje definitivo y vinculante en virtud de la Ley Federal de Arbitraje y según las Normas y Procedimientos Arbitrales Generales de JAMS Inc.

SPECIMEN

que estuvieran vigentes en dicho momento. Tales demandas se arbitrarán exclusivamente de manera individual, y las partes renuncian al derecho o a la potestad que tuvieran para dirimirlas en una acción o un arbitraje de carácter mancomunado, consolidado, de representación, grupal o privado. El arbitraje se celebrará en [Houston, Texas], o según elija la parte que busque obtener la reparación judicial, por teléfono, vía Internet o mediante presentaciones por escrito únicamente, y JAMS lo dirigirá. El tribunal arbitral («tribunal») estará constituido por un árbitro, que será independiente e imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo acerca de quién será el árbitro dentro de los veinte (20) días naturales de haberse dado inicio al arbitraje en virtud del presente, JAMS lo nombrará. El procedimiento se oficiará en inglés. La decisión que tome el árbitro será definitiva y vinculante para las partes. La decisión sobre los laudos que hubiera dispuesto el árbitro podrá utilizarse en cualquier tribunal competente. El árbitro tendrá la autoridad para establecer si los litigios que surjan o se relacionen con esta póliza maestra pueden someterse a arbitraje. Nada de lo establecido en esta sección evitará que alguna de las partes recurra a demandas por desagravio por mandato judicial de inmediato ante algún juzgado competente, y tal pedido no se considerará contrario al acuerdo de arbitraje ni a una renuncia al derecho a recurrir a tal procedimiento legal. Las partes se comprometen a mantener la confidencialidad de todos los laudos del arbitraje, junto con la información confidencial, los documentos del proceso que se hayan generado para el arbitraje y demás documentación producida por la otra parte durante este y que no sean de dominio público, salvo y en la medida en que su divulgación sea necesaria para que una de las partes cumpla con una obligación legal, con el fin de proteger o ejercer un derecho legal o para hacer cumplir o recusar un laudo en un proceso legal ante un juzgado u otra autoridad judicial. El árbitro impondrá todas las costas, sin olvidar los honorarios razonables de los letrados, a la parte vencedora. El acuerdo de arbitraje no alcanza los reclamos que puedan tener los miembros contra sus prestadores sanitarios por mala praxis.
Para desistir voluntariamente de celebrar este acuerdo, los miembros deben enviar un aviso escrito («aviso») a Tokio Marine HCC – MIS Group. La fecha postal no debe superar los sesenta (60) días desde el último día del período del certificado. Se debe enviar por correo postal a la siguiente dirección: HCC Insurance Holdings, 13403 NW Freeway, Houston, Texas 77040, y dirigirse al General Counsel (asesor jurídico). Este procedimiento constituye el único mecanismo por el cual usted puede desistir voluntariamente de celebrar el acuerdo de arbitraje. Hacerlo no tiene incidencia sobre ninguna otra parte de la póliza maestra ni ningún acuerdo de dicho tenor, previo o futuro, que haya celebrado con Tokio Marine HCC – MIS Group.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La presente póliza no cubre enfermedades preexistentes, excepto los cargos que resulten directamente del comienzo de una enfermedad aguda preexistente, en virtud de los límites previstos en el Resumen de beneficios y Límites.

Enfermedad preexistente hace referencia a toda:

1. Enfermedad por la cual se recomendó o recibió consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas de diagnóstico o medicamentos con receta) durante los 2 años inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado;
2. Enfermedad que se manifestó de forma tal que habría hecho que una persona razonablemente prudente buscara consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluye la recepción de servicios y suministros, consultas, pruebas de diagnóstico o medicamentos con receta) dentro de los 2 años inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado; o
3. Cualquier **lesión, enfermedad** u otra condición física, médica, mental o nerviosa, trastorno o dolencia (conocida o no) que, con una certeza médica razonable, existía al momento de la solicitud o dentro de los 2 años inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del certificado. A los fines de la cobertura de las complicaciones del embarazo ofrecida en virtud del presente, el embarazo no estará incluido dentro de la definición de una **condición preexistente**.

SPECIMEN

INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos recargos por el inicio repentino e inesperado o la recurrencia de una **enfermedad preexistente** que:
   a. Cuando tiene menos de 80 años; y
   b. ocurre espontáneamente y sin advertencia previa, como recomendaciones o síntomas **médicos**,
   c. tiene corta duración, y
   d. avanza con rapidez, y
   e. requiere atención urgente.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO, a menos que **usted** cumpla la siguiente condición:

1. Debe recibirse tratamiento dentro de las 24 horas del comienzo repentino e inesperado o la recurrencia.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. El inicio agudo de una enfermedad preexistente se produce antes de la fecha de vigencia de este certificado, o
2. La enfermedad preexistente es una enfermedad crónica o congénita o que gradualmente empeora con el tiempo, o
3. Los cargos son por atención médica, medicamentos o tratamientos conocidos, programados, requeridos o esperados que son existentes o necesarios antes de la fecha de vigencia del certificado, o
4. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y límites, y sujeto a las condiciones y restricciones contenidas en esta disposición, **nosotros** pagaremos los siguientes gastos incurridos mientras este seguro se encuentre vigente:

GASTOS MÉDICOS

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos los cargos cobrados por un **hospital** en virtud de:
   a. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios que no deben exceder la tarifa promedio de una habitación semi-privada y
   b. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios en la Unidad de Cuidados Intensivos y
   c. Uso de la sala de operaciones, tratamiento o recuperación y
   d. Servicios y suministros provistos de manera rutinaria por el hospital a las personas para su uso mientras se encuentran hospitalizados como pacientes hospitalizados y
   e. Tratamiento de emergencia de una **lesión**, incluso si no se requiere hospitalización en el **hospital** y
   f. Tratamiento de emergencia de una **enfermedad**, sujeto al copago de la sala de emergencias conforme se detalla en el resumen de beneficios y límites. El copago de la sala de emergencias se renuncia cuando **usted** sea directamente admitido en el **hospital** como un **paciente** hospitalizado para continuar con el tratamiento de dicha **enfermedad**.
2. **Cirugía** en un centro quirúrgico **ambulatorio**, incluidos los servicios y suministros.
3. Cargos cobrados por un **médico** por sus servicios profesionales, incluida la **cirugía**. Los cargos de un cirujano asistente están cubiertos hasta el 20% de los cargos **normales**, **razonables y**

SPECIMEN

usuales del cirujano principal, pero la disponibilidad en guardia no será considerada como un servicio profesional y por lo tanto no está cubierta en virtud del presente.

4. Vendajes, suturas, yesos u otros suministros **médicamente necesarios** y administrados por o bajo la supervisión de un **médico**, excepto por los nebulizadores, tubos de oxígeno, suministros diabéticos y otros suministros para uso o aplicación en el hogar, y todos los dispositivos o suministros para uso repetido en el hogar, excepto el **equipo médico durable**.
5. Pruebas de diagnóstico que emplean servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (no incluye las pruebas psicométricas, de inteligencia, de comportamiento y educacional).
6. Extremidades, ojos o laringe artificiales, prótesis mamarias o extremidades artificiales funcionales básicas, pero no su reemplazo o reparación.
7. **Cirugía** reconstructiva cuando la **cirugía** esté directamente relacionada con la **cirugía** cubierta en virtud del presente.
8. Hemodiálisis y los cargos cobrados por el **hospital** por el procesamiento y la administración de sangre o componentes de sangre pero no por el costo de la sangre o los componentes de sangre reales.
9. Oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un **médico**.
10. Anestesia y su administración por un **médico**.
11. Drogas que requieren una receta por parte de un **médico** para el tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubierta, pero no para el reemplazo de drogas extraviadas, robadas, dañadas, vencidas o de cualquier otra forma en riesgo, y por un suministro máximo de 60 días por receta.
12. Cuidado en un **centro de cuidados prolongados** autorizado, luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
13. **Cuidados de enfermería en el hogar** en cama por un profesional licenciado calificado, provisto por una **agencia de cuidados de salud en el hogar** luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos y únicamente en reemplazo de una **hospitalización médicamente necesaria** como paciente hospitalizado.
14. Transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una **lesión** o **enfermedad** que genere una **hospitalización**.
15. Tratamiento odontológico de emergencia y la **cirugía** dental necesaria para restituir o reemplazar un diente natural sano perdido o dañado en un **accidente** cubierto por este seguro.
16. Tratamiento odontológico de emergencia necesario para resolver un **dolor de inicio agudo**, siempre que el tratamiento se reciba dentro de las 24 horas siguientes al **dolor de inicio agudo**.
17. **Examen oftalmológico de emergencia** si se extravían o se dañan **sus** lentes correctivos recetados debido a un **siniestro cubierto** y se requiere un examen para conseguir una receta para lentes correctivos **necesarios por motivos médicos**, pero no por el costo de remplazo de los lentes correctivos recetados o lentes de contacto.
18. Alquiler del **equipo médico durable médicamente necesario** (que consiste en la cama estándar básica del hospital o una silla de ruedas estándar básica) hasta los precios de compra.
19. Fisioterapia o cuidados quiroprácticos para pacientes ambulatorios, si los receta un **médico** que no esté afiliado con la práctica de la fisioterapia o los cuidados quiroprácticos, necesariamente incurrida para continuar la recuperación de una **lesión** o **enfermedad** cubierta.
20. La **lesión** o **enfermedad** resultante de la participación en deportes o actividades deportivas que no se encuentren excluidas por este seguro.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el transporte aéreo de emergencia al aeropuerto adecuado más cercano al **hospital** donde **usted** recibirá el tratamiento, y

SPECIMEN

2. Abonamos el transporte terrestre de emergencia necesariamente precedente al transporte aéreo de emergencia y desde el aeropuerto de destino hasta el **hospital** donde **usted** recibirá tratamiento.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **El médico** que lo atiende recomienda la evacuación y certifica que es **médicamente necesario** y que el traslado por otro medio podría dar como resultado en la pérdida de uno de **sus** miembros o **su** muerte, y
2. **Usted** o un **familiar suyo** aceptan la evacuación, y
3. **Nosotros** aprobamos con anticipación y coordinamos la organización, lo que no incluye la ambulancia de emergencia a nivel local.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. La **enfermedad** o **lesión** que genera el gasto no está cubierta por este seguro, o
2. El tratamiento, los servicios y suministros **médicamente necesarios** se proporcionan localmente, o
3. Si el traslado por otro medio no diera como resultado la pérdida de uno de **sus** miembros o **su** muerte, o
4. La enfermedad que genera la evacuación médica de emergencia no ocurriera de manera espontánea y sin advertencia previa, en forma de recomendación o síntoma **médico**, que pudiera generar que una persona prudente buscara atención médica antes del comienzo de la enfermedad, o
5. Los gastos surgen directa o indirectamente de los elementos mencionados en las Exclusiones generales.

Nosotros brindaremos evacuación médica de emergencia únicamente en el **hospital** más cercano que esté calificado para proveer el tratamiento, los servicios y los suministros **médicamente necesarios** para evitar que usted pierda la vida o una extremidad.

La puntualidad de la gestión puede verse afectada por circunstancias fuera de **nuestro** control, tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. **Nosotros** no seremos responsables de ninguna demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

Sin perjuicio de las disposiciones precedentes y únicamente si **usted** visita los EE. UU., **nosotros** pagaremos los gastos ocasionados por su regreso a su **país de residencia** si el **médico** tratante y **nuestro** asesor médico acuerdan que el traslado a **su país de residencia** es más adecuado que el traslado al **hospital** calificado más cercano.

INTERRUPCIÓN DE VIAJE

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida en clase económica para **usted** hasta la terminal o hasta **su** residencia principal, o
2. Abonamos el costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida en clase económica para **usted** desde la zona en donde **usted** estuvo hospitalizado después de la evacuación médica de emergencia hasta la zona de la que inicialmente **usted** fue evacuado o hasta la terminal de la zona de **su** residencia principal.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** presente prueba de uno o más de los siguientes eventos: luego de la partida del **país de residencia**, destrucción mayor al 40% de su residencia principal causada por fuego o condiciones climáticas, o el fallecimiento de un padre, cónyuge, hermano, hijo o nieto, o

SPECIMEN

2. Después de una evacuación médica de emergencia cubierta, cuando el **médico** tratante afirme que el regreso a su **país de residencia** o al área desde la cual fue inicialmente evacuado es **médicamente necesario** para la continuación del tratamiento o la recuperación.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:
1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

REGRESO DE UN MENOR

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el costo de un pasaje aéreo o terrestre en clase económica de ida por cada menor cubierto hasta la terminal del área de la residencia principal de cada menor.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones

1. **Usted** sea la única persona mayor de 18 años que viaja con uno o más menores de 18 que también están cubiertos por el presente seguro y
2. Usted esté hospitalizado para recibir el tratamiento por una **enfermedad** o **lesión** cubierta, y el menor queda desatendido por un periodo de tiempo que es probable que exceda las 36 horas y
3. El beneficio del regreso de un menor sea aceptado por **usted** o por un adulto autorizado que sea un **familiar** del niño menor cubierto afectado.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:
1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

La puntualidad de la gestión puede verse afectada por circunstancias fuera de **nuestro** control, tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. **Nosotros** no seremos responsables de ninguna demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

EVACUACIÓN POLÍTICA

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el costo del transporte por el medio más económico posible para **usted** hasta el país seguro más cercano o hasta **su país de residencia**. **Nosotros** determinaremos el país al que **usted** será evacuado.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:
1. El Departamento de Estado haya emitido una advertencia para viajeros de nivel 3 o 4 después de **su** llegada al país de destino y
2. Se contacte con **nosotros** dentro de los 10 días de la fecha de emisión de la advertencia para viajeros.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:
1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

SPECIMEN

REPATRIACIÓN DE RESTOS

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el transporte aéreo o terrestre de los restos o las cenizas al aeropuerto o terminal de transporte terrestre más cercano a **su** residencia principal y
2. Abonamos los costos razonables por la preparación necesaria de los restos para el transporte.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. La **enfermedad** o **lesión** que producen el gasto está cubierta por este seguro, y

2. **Nosotros** aprobamos anticipadamente y coordinamos el viaje**.**

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales

Nosotros nos mantendremos indemnes y no seremos responsables por el extravío de los restos, o cualquier otro daño o impedimento que ocurra durante el proceso de repatriación o de cualquier otro modo.

La puntualidad de la gestión puede verse afectada por circunstancias fuera de nuestro control, tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. **Nosotros** no seremos responsables de ninguna demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

ENTIERRO O CREMACIÓN LOCAL

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos los costos relacionados con **su** entierro o la cremación en el país de fallecimiento en reemplazo del beneficio de repatriación de restos hasta el beneficio máximo especificado.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. La **enfermedad** o **lesión** que producen el gasto está cubierta por este seguro, y

2. **Nosotros** aprobamos anticipadamente y coordinamos el viaje**.**

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. El fallecimiento se produce en **su país de residencia,** o
2. Se emplea el beneficio de evacuación médica o repatriación de emergencia de los restos, o
3. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

La puntualidad de la gestión puede verse afectada por circunstancias fuera de nuestro control, tales como: disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones en los vuelos ocasionados por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas en las telecomunicaciones, condiciones climáticas y otros casos de fuerza mayor. **Nosotros** no seremos responsables de ninguna demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

SPECIMEN

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN Y GASTOS DE VISITA

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el beneficio de indemnización del hospital por cada noche que **usted** pase en el hospital.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. Debe presentar la verificación de una **hospitalización** apta.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

REUNIÓN DE EMERGENCIA

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida y vuelta en clase económica para un **familiar** para el transporte hasta la terminal del área donde **usted** se encuentre hospitalizado o donde será hospitalizado luego de una evacuación médica de emergencia y
2. Abonamos los gastos razonables por el alojamiento y las comidas del **familiar**, incurridos en el área donde **usted** esté hospitalizado por un periodo no mayor a los 15 días.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. Tiene una evacuación médica de emergencia cubierta.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

VISITA DOMICILIARIA

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el costo de un pasaje aéreo o terrestre de ida y vuelta en clase económica para un **familiar** para el transporte hasta la terminal del área donde **usted** se encuentre hospitalizado o donde será hospitalizado.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** se encuentre hospitalizado en una **unidad de cuidados intensivos hospitalaria** después de una **enfermedad** o de una **lesión** corporal que **haya puesto en riesgo su vida**.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

SPECIMEN

ASISTENCIA EN VIAJES

DEMORAS EN VIAJE

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos reembolsos por servicios de alojamiento y comidas razonables cuando **su** demora requiera una estadía nocturna no prevista.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. La demora debe ser de doce (12) horas o más y estar certificada por los siguientes motivos:
   a. demora del servicio de **transporte general** (que esté certificada por el servicio de **transporte general**), o
   b. un accidente de tránsito mientras se dirige hacia el punto de partida de un aeropuerto fuera de **su país de residencia** (respaldado por una denuncia policial), o
   c. lo afecta una huelga laboral organizada o **usted** es víctima de un secuestro o de una situación de cuarentena, o
   d. le roban los pasaportes o los documentos del viaje (respaldado por una denuncia policial).

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

El servicio de transporte general hace referencia a un avión, autobús, tren o embarcación que opera con fines comerciales y transporta pasajeros que abonan un boleto por el servicio por rutas habitualmente programadas y publicadas.

EQUIPAJE REGISTRADO EXTRAVIADO

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el reemplazo de vestimenta y artículos de higiene personal que no excedan los $50 por cada artículo.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. El extravío del equipaje registrado debe haberse registrado según los procedimientos de registro de equipaje de rutina, para que se transporten junto a **usted**, a bordo de una aerolínea comercial o de un crucero habitualmente programado, en el cual **usted** era pasajero que pagó **su** boleto, y
2. **Usted** debe presentar un reclamo formal por el extravío del equipaje ante el prestador de servicios de transporte y seguir todas las instrucciones y tomar todas las medidas según lo indique dicho proveedor para localizar y recuperar el equipaje extraviado que se registró, y
3. **Usted** debe presentar ante **nosotros** copias de toda la documentación del reclamo presentado ante el proveedor de servicios de transporte y una declaración escrita del mismo que confirme que se registró el equipaje y que, tras una búsqueda minuciosa, el equipaje sigue extraviado, y
4. El equipaje extraviado que se registró deben perderse a la fecha de nuestro pago y, a esa fecha, debe haber estado perdido durante al menos 10 días.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

SPECIMEN

PÉRDIDA O ROBO DE PASAPORTE/VISADO DE VIAJE

ESTÁ CUBIERTO:

1. Reembolso por el costo razonable de reemplazo de **su** pasaporte o visado de viaje.

NO ESTÁ CUBIERTO excepto que **cumpla** con las siguientes condiciones:

1. **Tenga** cuidado razonable acerca de la seguridad y supervisión del pasaporte o el visado de viaje.
2. Informe a la policía sobre la pérdida o el robo dentro de las 24 horas y obtenga un informe policial por escrito.
3. **Suministre** los comprobantes de los gastos relacionados con el reemplazo del pasaporte o el visado de viaje.

NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos provienen de forma directa o indirecta de alguna sección de las Exclusiones generales.

DESASTRES NATURALES: ALOJAMIENTO DE REEMPLAZO

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el alojamiento de reemplazo en el caso de que **usted** sea **desplazado** de un lugar de alojamiento pago planificado con motivos de una evacuación que se produce por un **desastre natural** pronosticado o después de producirse una **catástrofe natural**.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. Después de recibir el comprobante de pago por el alojamiento del cual **usted** fue **desplazado**.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Desplazado hace referencia a la exigencia de partir del lugar de destino por una evacuación que ordenan las autoridades gobernantes.

Desastre natural hace referencia a un evento de causas naturales que incluye incendios forestales, terremotos, tormentas de polvo o arena, erupción volcánica, maremotos, nieve, lluvia o viento que tengan como resultado daños graves y generalizados. El **desastre natural** no incluye el efecto directo o indirecto de la lluvia, el viento o el agua relacionado con tormentas con nombre que cumplen la definición de huracán o tifón, excepto en los casos en los que:

1. El recorrido de la tormenta con nombre se desvía por una distancia mayor a las 200 millas en un periodo de 72 horas del recorrido pronosticado por un servicio meteorológico reconocido a nivel nacional o
2. Exista la potencial llegada de una tormenta con nombre con un aviso menor a las 72 horas de anticipación.

PROTECCIÓN DE INGRESO FRONTERIZO

USTED ESTÁ CUBIERTO:

Si viaja con una Visa de Visitante B-2 para turismo, para visitar a su familia o amigos o de vacaciones y los oficiales aduaneros le niegan el ingreso a los Estados Unidos:

1. Reembolso del costo de un pasaje en clase económica de transporte terrestre o aéreo de ida hacia el **país de origen** original o
2. Tarifa por cambio de **la compañía de seguro común** hacia el **país de origen** original menos el monto acreditado por una porción no utilizada de las gestiones de viaje de regreso.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO, a menos que cumpla las siguientes condiciones:

1. Debe volver al **país de origen** y

SPECIMEN

2. No debe ser ciudadano de los Estados Unidos, su **país de origen** no deben ser los Estados Unidos ni tener residencia permanente en los Estados Unidos.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Viaja a los Estados Unidos sin una Visa de Visitante B-2 o viaja de manera ilegal o
2. Proviene de un país mencionado en un decreto activo al momento de la compra o
3. Está incluido en la lista de vigilancia terrorista de los Estados Unidos o
4. Se le niega el ingreso en los Estados Unidos al llegar o mientras se encuentra en camino hacia los Estados Unidos por haber violado una norma, ley, condición o pauta relativa a la visa con la cual estaba viajando o
5. Está visitando los Estados Unidos por un tratamiento médico, para participar como aficionado en eventos o concursos musicales, deportivos o similares, si recibe compensación o
6. Está visitando los Estados Unidos por estudios que reciben créditos para un título o
7. Cometió un delito en camino o al ingresar de los Estados Unidos, lo que le provocó o podría haberle provocado que tuviera que regresar a su **país de origen** o
8. El gobierno de los Estados Unidos o la **compañía de seguros común** ha abonado, se ha ofrecido a abonar o abonará **su** repatriación a **su país de origen** o
9. Tiene un pasaje de regreso o crédito emitido por la compañía de seguros común sin usar. Si no utiliza el crédito, el monto reembolsado se reducirá por el monto del crédito.

País de Origen hace referencia al país en el que **usted** se encontraba cuando partió por primera vez hacia los Estados Unidos.

Decreto hace referencia a una norma u orden emitida por el presidente de los Estados Unidos respecto del modo en que los organismos federales usan sus recursos y su validez.

ENTREGA DE MASCOTAS

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el costo de un pasaje aéreo o terrestre en clase económica de ida por una mascota que deba trasladarse hasta la terminal del área de **su** residencia principal.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones

1. **Usted** es la única persona mayor de 18 años que viaja con la mascota, y
2. **Usted** es hospitalizado para recibir el tratamiento por una **enfermedad** o **lesión** cubierta, y la mascota queda desatendida por un periodo de tiempo que es probable que exceda las 36 horas.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

ACCIDENTE PERSONAL

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Fallecimiento: **nosotros** abonaremos el monto indicado en el Resumen de beneficios, al **beneficiario** o
2. Pérdida de 2 o más extremidades o los ojos: **nosotros** le pagaremos a **usted** el monto indicado en el Resumen de beneficios o
3. Pérdida de 1 extremidad o un ojo: **nosotros le** pagaremos a **usted** el monto indicado en el Resumen de beneficios.

SPECIMEN

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. El **accidente** que originó la muerte accidental o el desmembramiento debe estar cubierto por este seguro, y
2. El **accidente** que provoca la **muerte accidental** no debe ser un **accidente en transporte público** y
3. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades**.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Accidentes o siniestros causados o contribuidos por alguno de los siguientes
    a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, ya sea declarado o no declarado
    b. **Su** participación en una conmoción callejera, insurrección o trastorno violento
    c. **Su** servicio en las fuerzas armadas de un país
    d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** auto infligida, ya sea que el individuo esté sano o demente
    e. El uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga, a menos que se use conforme a las instrucciones de un **médico**
    f. Comisión o intento de delito grave
    g. Enfermedad, **trastorno de salud mental** o embarazo
    h. Como resultado de intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** que usted sufrió, ya sea directamente o indirectamente
    i. Infarto del miocardio o accidente cerebrovascular (ACV / Ataque cardíaco)
    j. Infección, excepto las infecciones provocadas a través de una herida causada únicamente por un **accidente**
    k. **Lesión** al conducir, embarcar o descender de una aeronave si **usted** estuvo operando la aeronave, aprendiendo a operarla, actuando como miembro de la tripulación o si la aeronave estaba siendo utilizada para un fin distinto del transporte de pasajeros
    l. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores o
    m. Actividades deportivas no cubiertas.
2. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

En ningún caso **nuestro** pago bajo este beneficio totalizará más que la suma principal. La responsabilidad máxima en virtud del beneficio por muerte accidental y desmembramiento para un grupo o familia se limita a la suma de $250.000.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Abonamos el monto indicado en el Resumen de beneficios, al beneficiario**.**

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. El **accidente** que provoca la **muerte accidental** debe ocurrir mientras **usted** sea un pasajero con boleto pago en un viaje regularmente programado a bordo de una aerolínea o compañía de cruceros comercial y
2. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades** y
3. La responsabilidad máxima conforme a este beneficio por muerte accidental en transporte público por cualquier grupo o familia se limita a $250.000.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

SPECIMEN

Muerte accidental hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce a **usted** una **lesión** física seguida de fallecimiento. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades**.

Desmembramiento accidental hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado, causado sólo por medios externos y visibles y que produce la separación completa del cuerpo de una o más extremidades o los ojos y no causado por enfermedades. A los fines del beneficio de muerte y desmembramiento accidental, el término “extremidad” significa: El brazo, cuando la separación sea en o sobre (hacia el codo) la muñeca, o la pierna cuando la separación sea en o sobre (hacia la rodilla) el tobillo. La pérdida de uno o ambos ojos significará: La pérdida de la visión completa, permanente e irrevocable.

Beneficiario hace referencia al individuo mencionado en **su** solicitud para ser el destinatario de cualquier beneficio de muerte accidental o muerte accidental en transporte público. Si **usted** no designa a ningún **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** será automáticamente:

miembros mayores de 18: 1. Cónyuge (si corresponde), 2. Hijos (si corresponde) en partes iguales, 3. **Su** heredero.

miembros menores de 18: 1. Padre/Madre con patria potestad (si corresponde), 2. Hermanos (si corresponde) en partes iguales, 3. **Su** heredero.

SPECIMEN

DEPORTES Y ACTIVIDADES

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. **Usted** estará cubierto por la práctica de deportes y actividades amateur/no profesionales, a menos que se excluyan a continuación. La cobertura es para fines recreativos en un viaje.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** debe asegurarse de que la actividad sea debidamente supervisada y de usar el equipo de seguridad adecuado (como el casco protector, los chalecos salvavidas, etc.) en todo momento.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. La actividad es una actividad atlética organizada que involucre prácticas o juegos regulares o programados,
2. La actividad es una actividad realizada de manera profesional o por un sueldo, recompensa o ganancia,
3. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales, y
4. Alguno de los puntos que se detallan a continuación:

- Vehículos todo terreno
- Fútbol americano
- Fútbol con reglas australianas
- Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial)
- Caída libre
- Caza mayor
- Trineo
- Boxeo
- Cave Diving
- Ala delta
- Heli-Skiing
- Globo aerostático como piloto
- Jockey sobre hielo
- Justas
- Kite-Surfing
- Luge
- Artes marciales
- Pentatlón moderno
- Bicicletas todoterrenos motorizadas
- Alpinismo en alturas de 4.500 metros o más
- Eventos de resistencia en el exterior
- Paracaidismo
- Parapente
- Paravelismo
- Levantamiento de pesas
- Uso de cuatriciclos
- Carreras de cualquier animal o vehículo motorizado o BMX y pruebas de velocidad y pistas de carrera
- Rugby
- Corridas de toros
- Esqueleto
- Surf aéreo
- Esquí, snowboard, excepto esquí o snowboard extremo o de fondo (no se provee cobertura cuando se esquíe fuera de los territorios dentro de los límites marcados o contra el consejo de la escuela de esquí local o el ente de autoridad local)
- Automóviles de nieve
- Espeleología
- Búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos que estén certificadas por PADI/NAUI o acompañadas por un instructor certificado y a profundidades menores a los 10 metros
- Rafting en aguas rápidas.
- Lucha

SPECIMEN

RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. **Rescate o**
2. **Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis u**
3. **Objetos personales**

SECUESTRO Y SECUESTRO EXPRÉS

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. Notificación: Antes de entregarse al pago de un **rescate**, la persona que autoriza la rendición deberá haber notificado o haber hecho todos los intentos razonables por notificar a:
   a. La Agencia Federal de Investigación (FBI) o las agencias de cumplimiento de la ley locales tan pronto como resulte practicable teniendo en cuenta la seguridad de la(s) persona(s) recluida(s) o amenazada(s) y
   b. Unity Resources Group a través **nuestro**.
2. El pago de un Rescate no debe:
   a. Ser trasladado ni transportado por usted ni encontrarse en su poder en el momento en que el **secuestro exprés** o el **secuestro** ocurran en primer término ni
   b. En el lugar en el que el **secuestro exprés** o el **secuestro** ocurran en primer término, a menos que sea llevado hasta ese lugar con el solo fin de transportar una demanda de **rescate** previamente comunicada.
3. Confidencialidad: **Usted** debe, en todo momento, emplear sus mejores esfuerzos para garantizar que el conocimiento de la existencia de este seguro se restrinja todo lo posible.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los **secuestros exprés o secuestros** que ocurran en primer término en Irak, Afganistán, Pakistán, Nigeria, Somalia, Venezuela o cualquier otro país con los cuales tenemos prohibido realizar transacciones debido a sanciones por parte de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.
2. Un **secuestro exprés o secuestro** que resulte de un acto fraudulento, deshonesto o penal suyo o de un representante autorizado (ya sea que haya actuado solo o en connivencia con otros), a menos que la persona que autorice el pago del **rescate** haya realizado, antes del pago, todos los intentos razonables por determinar que la demanda de **rescate** o amenaza era genuina.
3. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Límites a la responsabilidad:

1. **Periodo** total **del certificado**: **Nuestra** responsabilidad total por todos los **siniestros asegurados** no superará el total del periodo del certificado establecido en el presente.
2. En caso de que **usted** esté cubierto por dos o más pólizas emitidas por **nosotros** que cubran **siniestros asegurados** que surjan de un **secuestro o secuestro exprés**, se acepta que **nuestra** responsabilidad total por **siniestros asegurados** padecidos por **usted** no será acumulativa y, en ningún caso, superará el monto más grande disponible bajo cualquiera de las pólizas.

Valuación: **Nosotros** no seremos responsables de un monto que supere el valor real de una contraprestación al momento de su entrega. Si los **siniestros asegurados** implican una moneda distinta de la de los Estados Unidos de América, **nosotros** no seremos responsables de un monto mayor que el monto en dólares estadounidenses equivalente al monto en moneda extranjera sobre la base de la tasa de cambio publicada en el Wall Street Journal el día en que la suma fue entregada o en que se incurrió en los gastos.

Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis hace referencia a todos los aranceles y gastos relacionados con su **secuestro** o **secuestro exprés**.

SPECIMEN

Secuestro exprés hace referencia a **su** abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad cuando **usted** entregue **sus objetos personales** o activos disponibles a cambio de **su** liberación.

Secuestro hace referencia a su abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad por parte de una o más personas que demanden un r**escate** específicamente de **sus** activos a cambio de **su** liberación.

Siniestros asegurados hace referencia a siniestros y gastos compuestos por: **rescate, objetos personales** o **aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis.**

Objetos personales hace referencia a sumas o bienes de valor monetarios que sean:
1. Trasladados o transportados por **usted** cuando ocurra un **secuestro** o **secuestro exprés** en primer término y
2. Se entreguen durante el transcurso de un **secuestro** o **secuestro exprés.**

Rescate hace referencia a sumas o tras contraprestaciones de valor monetario que entregue o que vaya a entregar **usted** u otra persona en **su** nombre para cumplir con una demanda proveniente de **secuestro** o **secuestro exprés**.

RESPONSABILIDAD PERSONAL

USTED ESTÁ CUBIERTO:

Hasta la suma asegurada indicada en el Resumen de beneficios y límites (incluidos los costos y gastos) en caso de que **usted** debiera abonar los daños respecto de:
1. **Lesiones** corporales accidentales, lo que incluye el fallecimiento y la **enfermedad** de un **tercero** o
2. Daños o siniestros accidentales a los bienes materiales de un **tercero** (bienes materiales y tangibles) o
3. Daños o siniestros accidentales a los bienes materiales de un **tercero relacionado** (bienes materiales y tangibles)

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones

1. **Usted** o **sus** representantes legales **nos** cursarán notificación escrita inmediata si han recibido notificación de alguna acusación o investigación relacionada con alguna circunstancia que pudiera dar lugar a alguna responsabilidad conforme a la presente sección.
2. Ni **usted** ni nadie en **su** nombre podrá realizar ninguna admisión, oferta, promesa, pago ni indemnidad sin **nuestro** previo consentimiento escrito.
3. Toda notificación de reclamo, carta, orden o proceso u otro documento que **usted** reciba nos será enviado a **nosotros** inmediatamente después de su recepción.
4. **Nosotros** podremos hacernos cargo y realizar la defensa o conciliación en **su** nombre por todo reclamo o acusar en **su** nombre para **nuestro** propio beneficio todo reclamo de indemnidad o daños contra cualquier parte o persona.
5. **Nosotros** podremos abonarle en cualquier momento el monto correspondiente a cualquier reclamo o series de reclamos la **suma asegurada** (una vez deducidas las sumas ya abonadas en concepto de indemnización) o un monto menor por el cual se haya llegado a una conciliación por el reclamo. Una vez que este pago se haya efectivizado, **nosotros** renunciaremos a la conducción y al control y no tendremos ninguna obligación respecto de ese reclamo, excepto el pago de los costos y gastos revocables o incurridos antes de la fecha de dicho pago.
6. **Nosotros** consideraremos abonarle o pagarle por adelantado, pero sin obligación ni deber contractual alguno de hacerlo, hasta $2.500 a **usted** por su beneficio de conciliar y negociar un reclamo presentado contra **usted**, en la medida que:
    a. El reclamo presentado sea uno apto para recibir cobertura en virtud de este seguro;
    b. No se haya presentado una demanda legal todavía o, de haberlo hecho, no se haya presentado ninguna contestación;
    c. **Usted** haya conseguido una dispensa escrita total/pacto de no demandar favorable a **nosotros** y

SPECIMEN

d. Se nos entregue de manera satisfactoria, una **prueba del reclamo** completa y toda otra documentación necesaria.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Actos cometidos intencionalmente o que surjan de la influencia del alcohol o drogas no recetadas por un **médico** licenciado;
2. **Lesión corporal**, **enfermedad** de una persona conforme a un contrato laboral, servicio o aprendizaje con **usted** cuando la **lesión** corporal o **enfermedad** haya surgido del trabajo con **usted o en relación con** una actividad comercial, negocio o profesión y durante su transcurso;
3. Daños o siniestros a los bienes pertenecientes o mantenidos bajo **su** cuidado, custodia o control, que no sea alojamiento temporal ocupado por **usted** en el transcurso del viaje;
4. **Lesión** corporal o daño causado directa o indirectamente en relación con la propiedad, tenencia o uso por **usted** o en nombre **suyo** de: aeronaves, aerodeslizadores, embarcaciones, vehículos a motor, paracaídas, paranavegadores, parapente, armas de fuego, fuegos artificiales, explosivos, armas mortales o cualquier actividad de carrera;
5. Todo daño, pérdida o reclamo originado en forma total o parcial por **usted** durante una cacería o como resultado de la caza;
6. **Lesión** corporal causada directa o indirectamente en relación con la propiedad, tenencia u ocupación de tierras o edificios, bienes inmuebles o caravanas o remolques:
7. Daños resultantes de incendios, inundaciones, vientos, granizo, filtraciones de agua, filtraciones de gas, explosiones u otras catástrofes;
8. Actos fraudulentos, deshonestos o penales en los que haya incurrido **usted** o una persona autorizada por **usted**;
9. Las consecuencias del incumplimiento, violación u omisión de los compromisos y obligaciones contractuales, ya sean verbales o escritos;
10. Daños punitivos o ejemplares o multas, sanciones, evaluaciones o reclamos por parte de autoridades gubernamentales u organismos regulatorios;
11. Apuestas o juego de cualquier tipo;
12. Animales o mascotas **suyas** o bajo **su** cuidado, custodia o control;
13. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Tercero hace referencia a toda persona físic**a, natural u otra** persona jurídica que no sea **usted** o un tercero relacionado.

Tercero relacionado hace referencia a un familiar **suyo**, a **su** compañero de viaje, a un pariente de **su** compañero de viaje y a cualquier otra persona o familiar con quien resida o se hospede.

TERRORISMO

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Nosotros pagaremos los gastos médicos aptos por el tratamiento de **lesiones** y **enfermedades** que resulten de un acto de terrorismo, hasta el límite establecido en el resumen de beneficios y límites, siempre que se cumplan todas las siguientes obligaciones.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones

1. La **lesión** o **enfermedad** no debe ser el resultado del uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, cibernética, radioactiva o nuclear,
2. **Usted** no debe tener una participación directa o indirecta en el acto de terrorismo,
3. El Acto de Terrorismo no sucede en un país o lugar en el que el Departamento de Estado de los EE. UU. ha emitido una advertencia para viajeros de nivel 3 o 4 que ha estado en vigencia dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a **su** fecha de llegada y

SPECIMEN

4. Usted ha partido de un país o lugar dentro de los 10 días posteriores a la fecha de emisión de una advertencia para viajeros de nivel 3 o 4 para ese país o lugar por parte del gobierno de los Estados Unidos.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. La pérdida, el daño, el costo o gasto directa o indirectamente causado, originado o esté relacionado con cualquiera de los siguientes, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya de forma concurrente o en cualquier otra secuencia con la pérdida, daño, costo o gasto:
    a. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones similares a la guerra (ya sea que la guerra se declare o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de una rebelión, poder militar o usurpado;
    b. El uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, cibernética, radioactiva o nuclear; sin embargo, esta exclusión no será aplicable cuando **usted** esté expuesto a un radioactivo nuclear o un material radioactivo a los fines de un tratamiento médico;
    c. Cualquier acto de terrorismo, no específicamente enumerado anteriormente,
    d. Cobertura por pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado, o que resulte o se relacione con cualquier acción adoptada para controlar, prevenir, suprimir o relacionarse de cualquier forma con los anteriores incisos (1), (2) o (3) más arriba o
    e. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

A los fines de este seguro, un “acto de terrorismo” significa una acción que incluye, entre otras, el uso de la fuerza o la violencia o la amenaza de dicho uso de una persona o grupos de personas, independientemente de que actúen solos, en representación o estén relacionados con organizaciones o gobiernos comprometidos con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, que incluye la intención de influenciar a un gobierno o causar temor al público general o a una parte del público.

Si **nosotros** alegamos que debido a esta exclusión alguna pérdida, daño, costo o gasto no está cubierto por este seguro, **usted** deberá demostrar lo contrario.

En caso de que cualquier parte de esta exclusión sea considerada inválida o inexigible, el resto permanecerá de plena validez.

Cibernético hace referencia al uso o las operaciones, como medio para hacer daño, de una computadora, programa informático para computadoras, códigos maliciosos, virus o procesos informáticos o cualquier otro sistema electrónico.

EXCLUSIONES GENERALES

Están excluidos las enfermedades, tratamientos (incluidos diagnósticos, pruebas y exámenes), servicios, insumos, actos, omisiones o eventos siguientes:

1. **Enfermedades preexistentes**, excepto los cargos que resulten directamente del comienzo de una enfermedad aguda preexistente, conforme se define en el presente, en virtud de los límites previstos en el Resumen de beneficios y Límites;
2. Defectos de nacimiento y enfermedades congénitas. Se considera que los defectos de nacimiento incluyen las condiciones hereditarias.
3. **Trastornos de salud mental.**
4. Embarazo, excepto los cubiertos por Complicaciones en el Embarazo, conforme se define en el presente, interrupción del embarazo excepto en relación con las complicaciones del embarazo cubiertas, todos los cargos relacionados con el embarazo después de las 26 semanas de embarazo, cuidado prenatal de rutina, nacimiento del niño, cuidado postnatal y cargos incurridos por un niño menor de 14 días.
5. Impotencia o disfunción sexual.
6. Todas las insuficiencias y **enfermedades de transmisión sexual**.

SPECIMEN

7. VIH, SIDA o ARC y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el VIH.
8. Todas las formas de cáncer/neoplasma.
9. **Abuso de sustancias** o adicción o condiciones que puedan atribuirse al **abuso de sustancias** o adicciones y sus consecuencias directas.
10. Acné, lunares, verrugas, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad hipertrófica y atrófica de la piel, nevus.
11. Apnea del sueño u otros trastornos del sueño.
12. Obesidad o cambios en el peso, incluido a título enunciativo, alambrado de dientes y todas las formas de **cirugía** de bypass gástrico.
13. **Lesión** auto infligida o **enfermedad** o suicidio o intento de suicidio, ya sea que el individuo esté sano o demente.
14. **Lesión** sufrida total o parcialmente debido a los efectos de intoxicación o drogas que no sean administradas de conformidad con un tratamiento prescripto por un **médico**, excepto las drogas prescriptas para el tratamiento por abuso de sustancias.
15. **Lesiones** sufridas mientras se manejaba un vehículo motorizado, aeronave o embarcación, ya sea que esté registrada o no, mientras se encuentra bajo los efectos del alcohol, según prevea la ley de la jurisdicción en la que ocurrió la lesión o con un contenido de alcohol en sangre (BAC) de 0,08, el que resulte menor.
16. Exámenes médicos de rutina, que incluyen, entre otros, vacunas, inmunizaciones, chequeos anuales, la emisión de certificados y testimonios médicos, y exámenes con relación a la aptitud para un empleo o viaje.
17. Tratamiento odontológico, y tratamiento de la articulación temporomandibular, excepto el tratamiento odontológico de emergencia necesario para reemplazar un diente natural sano perdido o dañado en un **accidente** cubierto en virtud del presente o para el alivio de emergencia de un **dolor de inicio agudo**.
18. Promoción y prevención de la concepción, lo que incluye, a título enunciativo: inseminación artificial, tratamiento contra la infertilidad o esterilización o reversión de la esterilización.
19. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados
20. **Cirugía** de ojos, tal como la **cirugía** refractiva correctiva, cuando el objetivo principal sea corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo.
21. Dispositivos correctivos y aparatos médicos, que incluye anteojos, lentes de contacto, audífonos, implantes de cabello, refracción ocular, terapia visual, y cualquier examen o prueba relacionada con estos dispositivos, prótesis dentales o aparatos de ortodoncia, y todos los exámenes y pruebas de visión y audición, a menos que se establezca lo contrario conforme a un Examen Oftalmológico de Emergencia.
22. Ortóptica y terapia visual para ojos.
23. Calzado ortopédico, dispositivos ortopédicos recetados que deben adjuntarse o colocarse en el calzado, tratamiento para los pies débiles, cansados, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, y tratamiento de callos, callosidades o uñas del pie.
24. Caída del cabello, que incluye pelucas, trasplantes de cabello o cualquier droga que prometa el crecimiento del cabello, ya sea que esté o no recetada por un médico.
25. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, biorretroalimentación, acupuntura, recreacional, del sueño o musicoterapia, cuidado holístico de cualquier naturaleza, masajes y kinesioterapia
26. Pruebas psicométricas, de inteligencia, de competencia, de comportamiento y educacionales.
27. Fines cosméticos o estéticos, excepto para la **cirugía** reconstructiva cuando dicha **cirugía** esté directamente relacionada, y suceda a una **cirugía** cubierta por el presente.
28. Cambios en el cuerpo físico con la intención de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, que incluye, entre otros, la **cirugía** de cambio de sexo.
29. Programas de ejercicios, ya sea que estén o no recetados o recomendados por un **médico**.
30. Incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear no médica o a materiales radioactivos.
31. Crioconservación e implante o reimplante de células vivas.
32. Pruebas genéticas o predictivas.
33. Con fines **de investigación o experimentales**.
34. Mientras se encuentre hospitalizado principalmente para recibir asistencia de **custodia, cuidados educacionales o de rehabilitación**, o cualquier tratamiento médico en cualquier establecimiento para el

SPECIMEN

cuidado de los ancianos, excepto el cuidado de rehabilitación recibido luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.

35. No sean **médicamente necesarios.**
36. No administrados por o bajo la supervisión de un **médico**, y productos que puedan adquirirse sin la receta de un médico.
37. Brindado por un **familiar**, pariente u otra persona que normalmente resida con **usted.**
38. Prestado sin costo alguno para **usted**.
39. Consultas telefónicas o inasistencia a una visita programada.
40. Pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica.
41. Superen los cargos **normales, razonables y usuales.**
42. Cargos que resulten u ocurran durante la comisión de una violación de la ley, lo que incluye, a título enunciativo, la participación en una actividad u acto ilegal, pero que no incluye infracciones de tránsito menores.
43. Cargos resultantes de la aparición de una enfermedad en un país o lugar para el cual los Centros de los EE. UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) hayan emitido una Advertencia de Viaje de Nivel 3 si a) la advertencia estuvo vigente dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de **su** llegada o b) dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que se emitió la advertencia, **usted** no ha abandonado el país o ubicación.
44. Guerra, acción militar o mientras se encuentre cumpliendo con su deber como un miembro de las fuerzas o unidades policiales o militares.
45. Viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación médica de emergencia, repatriación de restos, reunión de emergencia, desastre natural, regreso de un menor, evacuación política, interrupción de viaje, demora en viajes y protección de ingreso fronterizo incluidos en este seguro.
46. Incurridos fuera de **su periodo del certificado**.
47. Presentado ante nosotros para el pago más de 60 días después del último día del **periodo del certificado**.
48. Cuando la salida del **país de residencia** haya sido para recibir tratamiento en el país/los países de destino.
49. Complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
50. No incluidos como gastos aptos, conforme se describe en el presente.

DEFINICIONES

Abuso de sustancias hace referencia a abuso, uso excesivo o dependencia de alcohol, drogas o químicos.

Accidente hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce una **lesión** física a **usted**. La causa o una de las causas de dicho **accidente** es externa a **su** propio cuerpo de la víctima y ocurre fuera de **su** control de la víctima.

Agencia de cuidados de salud en el hogar hace referencia a una agencia pública o privada o una de sus subdivisiones, que opera de conformidad con la ley y normalmente brinda cuidados de enfermería en el hogar bajo la supervisión de un enfermero registrado, y mantiene un registro diario acerca de cada paciente con un programa planificado de observación y tratamiento por parte de un **médico**.

Ambulatorio hace referencia a un **miembro** que recibe tratamiento **médicamente necesario** por parte de un **médico** por una **lesión** o **enfermedad** que no requiere una estancia nocturna en un **hospital**.

Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis hace referencia a todos los aranceles y gastos del grupo de recursos de la unidad relacionados con su **secuestro** o **secuestro exprés**.

Asistencia de custodia hace referencia al tipo de asistencia o servicio, prestado en cualquier lugar y denominado de cualquier forma, que está diseñado principalmente para ayudarlo a realizar sus actividades diarias. La asistencia de custodia también incluye una asistencia no aguda para pacientes comatosos, semi-comatosos, con parálisis o mentalmente incompetentes.

SPECIMEN

Beneficiario hace referencia al individuo mencionado en **su** solicitud para ser el destinatario de cualquier beneficio de muerte accidental o muerte accidental en transporte público. Si **usted** no designa a ningún **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** será automáticamente:

miembros mayores de 18: 1. Cónyuge (si corresponde), 2. Hijos (si corresponde) en partes iguales, 3. **Su** heredero.

miembros menores de 18: 1. Padre/Madre con patria potestad (si corresponde), 2. Hermanos (si corresponde) en partes iguales, 3. **Su** heredero.

Centro de cuidados prolongados hace referencia a un centro, o una parte separada de un centro, que está autorizado para funcionar como **hospital**, **centro de cuidados prolongados,** o centro de rehabilitación por el estado en el que opera y normalmente brinda cuidados de enfermería capacitados las 24 horas bajo la supervisión regular de un médico y la supervisión directa de un enfermero registrado y mantiene un registro diario acerca de cada paciente y brinda a cada paciente un programa planificado de observación prescripto por un **médico** y brinda a cada paciente el tratamiento activo de una **enfermedad** o **lesión**. **El centro de cuidados prolongados** no incluye un establecimiento principalmente para el descanso, para los ancianos, para el tratamiento del **abuso de sustancias**, de **asistencia de custodia**, de cuidados de enfermería o para el cuidado de los **trastornos mentales** o los incompetentes mentales.

Certificado hace referencia al documento emitido a **usted** que evidencia los beneficios pagaderos en virtud de la Póliza Maestra y que confirmará el tipo de plan, el periodo de cobertura, el **país de residencia**, el número de certificado, los términos y condiciones especiales, el **deducible**, la lista de beneficios elegida y el área geográfica de la cobertura.

Cibernético hace referencia al uso o las operaciones, como medio para hacer daño, de una computadora, programa informático para computadoras, códigos maliciosos, virus o procesos informáticos o cualquier otro sistema electrónico

Cirugía o procedimiento quirúrgico hace referencia a un procedimiento diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una **enfermedad** o **lesión** a través de operaciones manuales o instrumentales realizadas por un Médico mientras el paciente se encuentra bajo anestesia local o general.

Complicaciones en el Embarazo hace referencia a **enfermedades** cuyos diagnósticos son diferentes del embarazo, pero que se ven negativamente afectados por el embarazo o son causados por el embarazo y no están asociados con un embarazo normal. Esto incluye: embarazo ectópico, aborto espontáneo, hiperémesis gravídica, preeclampsia, eclampsia, aborto fallido y enfermedades de gravedad similar. Las complicaciones del embarazo no incluyen: falso trabajo de parto, edema, trabajo de parto prolongado, reposo prescripto durante el periodo del embarazo, náuseas matutinas y condiciones de gravedad similar asociadas con la gestión de un embarazo difícil, y que no constituyen una condición médicamente diferente.

Con fines de investigación o experimentales hace referencia a procedimientos, servicios o suministros que por su naturaleza o composición son utilizados o aplicados de forma tal que se desvían de los estándares generalmente aceptados de la práctica médica actual.

Coseguro hace referencia al pago que **usted** realice del porcentaje indicado en el resumen de beneficios y límites.

Cuidado educacional o de rehabilitación hace referencia al cuidado para la restauración (mediante la educación o el entrenamiento) de la capacidad de una persona para funcionar de forma normal o casi normal luego de una **enfermedad** o **lesión**. Este tipo de cuidado incluye, entre otros, la terapia vocacional u ocupacional y la terapia del habla.

Cuidados de enfermería en el hogar hace referencia a servicios provistos por una agencia de **cuidados de salud en el hogar** y supervisados por un enfermero registrado, que son dirigidos hacia el cuidado personal de un paciente, siempre que dicho cuidado sea provisto en reemplazo de un cuidado **hospitalario médicamente necesario** en un **hospital**.

Deducible hace referencia al monto en dólares de los gastos aptos, especificado en el resumen de beneficios y límites, que **usted** debe pagar por cada **periodo del certificado** antes del pago de los gastos aptos.

Desastre natural hace referencia a un evento de causas naturales que incluye incendios forestales, terremotos, tormentas de polvo o arena, erupción volcánica, maremotos, nieve, lluvia o viento que tengan como resultado daños graves y generalizados. El **desastre natural** no incluye el efecto directo o indirecto de la lluvia, el viento

SPECIMEN

o el agua relacionado con tormentas que tienen nombre que cumplen la definición de huracán o tifón, excepto en los casos en los que:

1. el recorrido de la tormenta con nombre se desvía por una distancia mayor a las 200 millas en un periodo de 72 horas del recorrido pronosticado por un servicio meteorológico reconocido a nivel nacional
2. exista la potencial llegada de una tormenta con nombre con un aviso menor a las 72 horas de anticipación

Desmembramiento accidental hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado, causado sólo por medios externos y visibles y que produce la separación completa del cuerpo de una o más extremidades o los ojos y no causado por enfermedades. A los fines del beneficio de muerte y desmembramiento accidental, el término “extremidad” significa: El brazo, cuando la separación sea en o sobre (hacia el codo) la muñeca, o la pierna cuando la separación sea en o sobre (hacia la rodilla) el tobillo. La pérdida de uno o ambos ojos significará: la pérdida de la visión completa, permanente e irrevocable

Desplazado hace referencia a la exigencia de partir del lugar de destino por una evacuación que ordenan las autoridades gobernantes.

Dolor de inicio agudo (Emergencia dental) hace referencia a un evento súbito e inesperado de dolor que ocurre espontáneamente y sin advertencia previa, ya sea a través de una recomendación del **médico** o dentista o mediante síntomas, que incluyen el dolor, que harían que una persona prudente busque atención médica antes del inicio del dolor. El tratamiento debe obtenerse dentro de las 24 horas siguientes al inicio súbito e inesperado de dolor.

Emergencia hace referencia a una condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que podrían razonablemente poner en riesgo **su** vida o extremidad si no se brinda atención médica dentro de las siguientes 24 horas.

Enfermedad hace referencia a un malestar, trastorno, **enfermedad**, patología, anormalidad, dolencia u otra condición médica, física o de salud. A los fines de este seguro, la **enfermedad** incluye las complicaciones del embarazo durante las primeras 26 semanas del embarazo. La **enfermedad** no incluye problemas de aprendizaje, trastornos de conducta o problemas disciplinarios.

Enfermedades de transmisión sexual hace referencia a enfermedades, entre las que se incluyen, a título enunciativo, sífilis, gonorrea, clamidiosis, tricomoniasis, herpes genital y virus del papiloma humano (HPV).

Equipo médico durable hace referencia a una cama de hospital estándar básica o una silla de ruedas estándar básica.

Examen físico de rutina hace referencia al examen del cuerpo físico realizado por un **médico** únicamente con fines preventivos o informativos, y no para el diagnóstico o tratamiento de cualquier condición.

Examen Oftalmológico de Emergencia hace referencia a un examen oftalmológico realizado por un optometrista matriculado para establecer la receta para lentes correctivos adecuada **por motivos médicos** por lentes correctivos que se extraviaron o dañaron como resultado de un siniestro cubierto cuando la receta no pueda determinarse por los lentes correctivos actuales debido a su daño o extravío.

Familiar hace referencia al padre biológico o putativo; hijo biológico o putativo; cónyuge actual; hermanos biológicos o putativos; o suegros, nueras, yernos o cuñados.

Hospital hace referencia a una institución que opera como un **hospital** de conformidad con la ley, y está autorizada por el estado o país en el que opera, y opera principalmente para la recepción, el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas como **pacientes hospitalizados**, y brinda servicios de enfermería durante las 24 horas de guardia o turno, y tiene un personal de uno o más **médicos** disponibles en todo momento, y brinda instalaciones organizadas y equipos para el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas agudas en sus instalaciones, y no funciona principalmente como un centro de rehabilitación, un centro de cuidados a largo plazo, un **centro de cuidados prolongados**, una residencia de enfermería, de descanso, de **asistencia de custodia** o para convalecientes, un lugar para los ancianos, adictos a las drogas, alcohólicos o fugitivos, o centros similares.

Inicio agudo de enfermedad preexistente hace referencia al brote repentino e inesperado o a la recurrencia de una enfermedad preexistente que ocurre de manera espontánea y sin advertencia previa en la forma de recomendaciones o síntomas **médicos**, tiene corta duración, avanza rápidamente y requiere atención de emergencia. El inicio agudo de una enfermedad preexistente debe producirse después de la fecha de vigencia

SPECIMEN

del certificado. Se debe tener tratamiento dentro de las 24 horas del brote repentino e inesperado o la recurrencia. Una **enfermedad preexistente** que sea una enfermedad crónica o congénita o que gradualmente empeore con el tiempo no será considerada como que tiene un inicio agudo. Este beneficio no incluye cobertura para atención médica programada, requerida o esperada, medicamentos o tratamientos existentes o necesarios antes de la fecha de vigencia del certificado.

Lesión hace referencia a un daño inesperado e imprevisto al cuerpo causado por un accidente que requiere tratamiento médico.

Médicamente necesario hace referencia a un servicio o suministro que es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una **enfermedad** o **lesión** sobre la base de una práctica médica actual generalmente aceptada conforme lo determinemos **nosotros**. Un servicio o suministro no será considerado **médicamente necesario** si es provisto únicamente como una conveniencia para **usted** o para el proveedor, o no es adecuado para **su** diagnóstico o síntomas, o excede el alcance, la duración o intensidad del nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado para una **enfermedad** o **lesión**.

Médico hace referencia a un doctor en medicina (MD), un doctor en cirugía dental (DDS), un doctor en medicina odontológica (DDM), un doctor en podología (DPM), un doctor en osteopatía (DO), un fisioterapista o kinesiólogo licenciado, y un doctor en psiquiatría (Psy. D) y un doctor en psicología (Ph. D). Médico también abarca a los practicantes de enfermería certificados (CNP), enfermeros anestesistas registrados certificados (CRNA), partera enfermera o asistente médico (PA) bajo las órdenes de un médico. Un médico debe estar actualmente autorizado por la jurisdicción en la que provee sus servicios, y los servicios provistos deben estar dentro del alcance de dicha autorización y cubierto por la presente Póliza Maestra.

Miembro hace referencia a un individuo cubierto en virtud de este seguro.

Muerte accidental hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce a **usted** una **lesión** física seguida de fallecimiento. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades**

Normal, razonable y usual hace referencia a lo menor de lo siguiente:

1. Al ciento cincuenta por ciento (150%) de los cargos pagaderos según el programa Medicare de los Estados Unidos por reclamos incurridos fuera de la red de la PPO dentro de los EE. UU. o
2. Al cargo más común para los servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre el cargo, mientras dichos cargos sean razonables. Nosotros determinaremos lo que se define como cargos **normales, razonables y usuales**. Al determinar si un cargo es **normal, razonable y usual**, podremos tener en cuenta uno o más de los siguientes factores: el nivel de destreza, el alcance de la capacitación y la experiencia requerida para realizar el procedimiento o servicio, la cantidad de tiempo requerido para realizar el procedimiento o los servicios en comparación con la cantidad de tiempo requerido para realizar otros servicios similares, la gravedad o naturaleza de la **enfermedad** o **lesión** que se está tratando, la cantidad cobrada por los mismos servicios, medicamentos o suministros o por servicios, medicamentos o suministros comparables en otras partes del país, el costo para el proveedor de la provisión de los servicios, medicamentos o suministros, otros factores que **nosotros**, en el ejercicio razonable de su discreción, determinemos adecuados.

Nosotros/a nosotros/nuestro(s)/nuestra(s) hace referencia a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group.

Objetos personales hace referencia a sumas o bienes de valor monetarios que sean:
1. Trasladados o transportados por **usted** cuando ocurra un **secuestro** o **secuestro exprés** en primer término y
2. Se entreguen durante el transcurso de un **secuestro** o **secuestro exprés.**

Paciente ambulatorio hace referencia a un miembro que recibe tratamiento **médicamente necesario** por un **médico** para una **lesión** o **enfermedad** que no requiere que el miembro pase la noche en un **hospital**.

Paciente hospitalizado hace referencia a un paciente que ocupa una cama en el hospital durante más de 24 horas a fin de recibir tratamiento médico y cuya admisión fue recomendada por un **médico o** un paciente bajo observación en un hospital durante al menos 12 horas.

SPECIMEN

.

País de residencia hace referencia al país en el **usted** reside principalmente y recibe **su** correo habitual. Los ciudadanos estadounidenses no son aptos para recibir esta cobertura dentro de los Estados Unidos, con excepción de lo establecido en la cobertura para el país de residencia, independientemente de la ubicación de su país de residencia.

Periodo del certificado hace referencia al periodo de tiempo que comienza en la fecha y hora de la **fecha efectiva del certificado** y que finaliza en la fecha y hora de la **fecha de finalización del certificado**. El periodo máximo del certificado es de 364 días.

Rescate hace referencia a sumas o tras contraprestaciones de valor monetario que entregue o que vaya a entregar **usted** u otra persona en **su** nombre para cumplir con una demanda proveniente de **secuestro** o **secuestro exprés.**

Secuestro hace referencia a su abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad por parte de una o más personas que demanden un r**escate** específicamente de **sus** activos a cambio de **su** liberación.

Secuestro exprés hace referencia a **su** abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad cuando **usted** entregue **sus objetos personales** o activos disponibles a cambio de **su** liberación.

Siniestros asegurados hace referencia a siniestros y gastos compuestos por: **rescate, objetos personales** o **aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis.**

Siniestro Cubierto hace referencia a un siniestro por el cual este plan ha abonado un beneficio conforme al Equipaje Verificado Extraviado o por una **lesión** accidental.

Tercero hace referencia a toda persona físic**a, natural u otra** persona jurídica que no sea **usted** o un tercero relacionado.

Tercero relacionado hace referencia a un familiar **suyo**, a **su** compañero de viaje, a un pariente de **su** compañero de viaje y a cualquier otra persona, individuo o familiar con **usted** quien resida o se hospede.

Transporte público hace referencia a un avión, autobús, tren o embarcación que opera con fines comerciales y transporta pasajeros que abonan un boleto por el servicio por rutas habitualmente programadas y publicadas.

Trastorno de salud mental hace referencia a una enfermedad o trastorno mental o emocional que generalmente denota una enfermedad del cerebro con síntomas predominantes de conducta; o una enfermedad de la mente o la personalidad, evidenciada por un comportamiento anormal; o un trastorno de conducta evidenciado por un comportamiento social anormal. Los trastornos de salud mental incluyen: psicosis, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, y aquellas enfermedades psiquiátricas enumeradas en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica de los EE. UU.

Unidad de Cuidados Intensivos hace referencia a una unidad de cuidados de cardiología u otra unidad o área de un **hospital** que cumple con los estándares requeridos por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales para las Unidades de Cuidados Especiales.

Unidad de emergencias hace referencia a un centro médico de los EE. UU. separado del departamento de emergencias de un **hospital**, donde los pacientes ambulatorios pueden ser tratados sin turno y recibir atención inmediata, no rutinaria de emergencia para una **lesión** o **enfermedad** presentada sobre una base episódica.

Usted/Su(s) hace referencia a cada persona asegurada mencionada en el **certificado.**

SPECIMEN

ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y conforme a las condiciones y restricciones contenidas en la presente póliza, **nosotros** pagaremos los siguientes beneficios por muerte y desmembramiento accidental en caso de ser elegidos por **usted** y conforme al pago de una prima y a las restricciones que se indican a continuación.

Muerte accidental opcional se define como: Un evento súbito, no intencional e inesperado causado solamente por un medio externo y visible y que le produzca a **usted** una lesión física y luego, la muerte. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades**.

Desmembramiento accidental opcional se define como: Un evento súbito, no intencional e inesperado, causado sólo por medios externos y visibles y que produce la separación completa del cuerpo de una o más extremidades o los ojos y no causado por **enfermedades**. A los fines del beneficio de muerte y desmembramiento accidental provisto por el seguro, el término "extremidad" significa: El brazo, cuando la separación sea en o sobre (hacia el codo) la muñeca, o la pierna cuando la separación sea en o sobre (hacia la rodilla) el tobillo. La pérdida de uno o ambos ojos significará: La pérdida de la visión completa, permanente e irrevocable.

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. Fallecimiento: **nosotros** abonaremos el monto indicado en el Resumen de beneficios, al **beneficiario.**
2. Pérdida de 2 o más extremidades o los ojos: **Nosotros** le pagaremos a **usted** el monto indicado en el Resumen de beneficios.
3. Pérdida de 1 extremidad o un ojo: **Nosotros le** pagaremos a **usted** la mitad del monto indicado en el Resumen de beneficios.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** debe tener entre 18 y 70 años,
2. El **accidente** que provoca la muerte o el desmembramiento accidental opcional debe estar cubierto por este seguro,
3. El **accidente** que provoca la **muerte accidental** no debe ser un **accidente en transporte público** general,
4. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y no causado por **enfermedades.**

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Accidentes o siniestros causados o contribuidos por alguno de los siguientes:
    a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, ya sea declarado o no declarado.
    b. **Su** participación en una conmoción callejera, insurrección o trastorno violento.
    c. **Su** servicio en las fuerzas armadas de un país.
    d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** auto infligida, ya sea que el individuo esté sano o demente.
    e. El uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga, a menos que se use conforme a las instrucciones de un **médico**.
    f. Comisión o intento de delito grave.
    g. Enfermedad, **trastorno de salud mental** o embarazo.
    h. Como resultado de intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** que **usted** sufrió, ya sea directa o indirectamente.
    i. Infarto del miocardio o **accidente** cerebrovascular (ACV / Ataque cardíaco).

SPECIMEN

j. Infección, excepto las infecciones provocadas a través de una herida causada únicamente por un **accidente**.
k. **Lesión** al conducir, embarcar o descender de una aeronave si **usted** estuvo operando la aeronave, aprendiendo a operarla, actuando como miembro de la tripulación o si la aeronave estaba siendo utilizada para un fin distinto del transporte de pasajeros.
l. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores.
m. Actividades deportivas no cubiertas

2. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

El pago que **nosotros** realicemos en virtud de este beneficio no podrá ser mayor al monto total.

Todos los demás términos de la Póliza Maestra permanecen sin modificaciones.

SPECIMEN

ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y conforme a las condiciones y restricciones contenidas en la presente póliza, **nosotros** pagaremos los beneficios por respuesta ante situaciones de crisis opcionales en caso de ser elegidos por **usted** y conforme al pago de una prima y a las restricciones de que se indican a continuación.

USTED ESTÁ CUBIERTO:

1. **Rescate** o
2. **Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis** o
3. **Objetos personales o**
4. **Evacuación por desastres naturales**

SECUESTRO Y SECUESTRO EXPRÉS

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. Notificación: Antes de entregarse al pago de un **rescate**, la persona que autoriza la rendición deberá haber notificado o haber hecho todos los intentos razonables por notificar a:
   a. La Agencia Federal de Investigación (FBI) o las agencias de cumplimiento de la ley locales tan pronto como resulte practicable teniendo en cuenta la seguridad de la(s) persona(s) recluidas o amenazadas y
   b. Grupo de recursos de la unidad a través **nuestro**.
2. El pago de un Rescate no debe:
   a. Ser trasladado ni transportado por **usted** ni encontrarse en su poder en el momento en que el **secuestro exprés o el secuestro** ocurran en primer término ni
   b. En el lugar en el que el **secuestro exprés** o el **secuestro** ocurran en primer término, a menos que se llevado hasta ese lugar con el solo fin de transportar una demanda de **rescate** previamente comunicada.
3. Confidencialidad: **Usted** debe, en todo momento, emplear sus mejores esfuerzos para garantizar que el conocimiento de la existencia de este seguro se restrinja todo lo posible.
4. Confidencialidad: **Usted** debe, en todo momento, emplear sus mejores esfuerzos para garantizar que el conocimiento de la existencia de este seguro se restrinja todo lo posible.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los **secuestros exprés o secuestros** que ocurran en primer término en Irak, Afganistán, Pakistán, Nigeria, Somalia, Venezuela o cualquier otro país con los cuales tenemos prohibido realizar transacciones debido a sanciones por parte de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.
2. Un **secuestro exprés o secuestro** que resulte de un acto fraudulento, deshonesto o penal suyo o de un representante autorizado (ya sea que haya actuado solo o en connivencia con otros), a menos que la persona que autorice el pago del **rescate** haya realizado, antes del pago, todos los intentos razonables por determinar que la demanda de **rescate** o amenaza era genuina.
3. Los **gastos surgen directa o ind**irectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Límites a la responsabilidad:

a. **Periodo** total **del certificado**: **Nuestra** responsabilidad total por todos los **siniestros asegurados** no superará el total del periodo del certificado establecido en el presente.

SPECIMEN

b. En caso de que **usted** esté cubierto por dos o más pólizas emitidas por **nosotros** que cubran **siniestros asegurados** que surjan de un **secuestro o secuestro exprés**, se acepta que **nuestra** responsabilidad total por **siniestros asegurados** padecidos por **usted** no será acumulativa y, en ningún caso, superará el monto más grande disponible bajo cualquiera de las pólizas.

Valuación: **Nosotros** no seremos responsables de un monto que supere el valor real de una contraprestación al momento de su entrega. Si los **siniestros asegurados** implican una moneda distinta de la de los Estados Unidos de América, **nosotros** no seremos responsables de un monto mayor que el monto en dólares estadounidenses equivalente al monto en moneda extranjera sobre la base de la tasa de cambio publicada en el Wall Street Journal el día en que la suma fue entregada o en que se incurrió en los gastos.

Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis hace referencia a todos los aranceles y gastos relacionados con su **secuestro** o **secuestro exprés.**

Secuestro exprés hace referencia a **su** abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad cuando **usted** entregue **sus objetos personales** o activos disponibles a cambio de **su** liberación.

Secuestro hace referencia a su abducción efectiva o el intento de abducción y **su** reclusión contra **su** voluntad por parte de una o más personas que demanden un r**escate** específicamente de **sus** activos a cambio de **su** liberación.

Siniestros asegurados hace referencia a siniestros y gastos compuestos por: **rescate, objetos personales** o **aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis.**

Objetos personales hace referencia a sumas o bienes de valor monetarios que sean:
1. Trasladados o transportados por **usted** cuando ocurra un **secuestro** o **secuestro exprés** en primer término y
2. Se entreguen durante el transcurso de un **secuestro** o **secuestro exprés.**

Rescate hace referencia a sumas o tras contraprestaciones de valor monetario que entregue o que vaya a entregar **usted** u otra persona en **su** nombre para cumplir con una demanda proveniente de **secuestro** o **secuestro exprés**

EVACUACIÓN POR DESASTRES NATURALES

Nosotros ofreceremos una **evacuación** por un **desastre natural** que haga **inhabitable** el lugar en que se encuentra en su país anfitrión. **Nosotros** determinaremos el medio de transporte.

USTED ESTÁ CUBIERTO
Abonamos:
1. El transporte hasta el lugar seguro más cercano,
2. Pasaje aéreo de ida en clase económica para regresar a su **país de residencia** después de una evacuación por un desastre natural, y
3. Un máximo de tres (3) días de alojamiento razonable en caso de que **usted** esté demorado en la ubicación segura y no pueda salir hacia **su país de residencia**.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:
1. **Usted** no pueda conseguir un transporte comercial hacia el lugar seguro más cercano dentro de periodo de tiempo que:
   a. Le permita a **usted** irse del **país anfitrión** dentro de un plazo para evitar un **inminente daño corporal,**
   b. Cumpla con el plazo permitido para abandonar el **país anfitrión** según el gobierno reconocido de tal **país anfitrión,** o
   c. Los funcionarios del **país anfitrión** o de la Embajada de EE. UU. emitieron, por motivos relacionados con una situación de desastre natural, una recomendación con respecto a las categorías de personas, entre las que **usted** está incluido, que deben abandonar el **país anfitrión o**
2. **Nosotros** consideramos **inhabitable su** ubicación en el **país anfitrión**
3. **Usted** debe comunicarse con **nosotros** lo antes posible después de que **su país anfitrión** emita la declaración oficial de desastre, y

SPECIMEN

4. **Nosotros** aprobamos y coordinamos el viaje anticipadamente.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. **Usted** puede abandonar **su país anfitrión** por los medios habituales, como cambiar un boleto de una aerolínea comercial; **nosotros** le ayudaremos a volver a reservar los vuelos u con otro método de transporte. Tales gastos por transporte que no sea de emergencia están bajo **su** responsabilidad
2. Los **gastos surgen directa o ind**irectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

La oportunidad de la coordinación puede verse afectada por las circunstancias que no se encuentren bajo nuestro control como, por ejemplo, la disponibilidad de los equipos y el personal del transporte, las demoras o limitaciones en los vuelos provocadas por problemas mecánicos, funcionarios del gobierno, problemas de telecomunicación, clima y demás factores de fuerza mayor. No se **nos** responsabilizará por las demoras que no estén dentro de **nuestro** control directo e inmediato o que sean por **sus** errores a la hora de cumplir con **nuestras** recomendaciones o donde las leyes u organismos reguladores locales prohíban la prestación de servicios.

Si la evacuación no es viable por condiciones hostiles o peligrosas, **nosotros** nos mantendremos en contacto y lo asesoraremos hasta que la evacuación sea factible o se haya resuelto la situación del desastre natural.

Nosotros no tendremos la obligación de prestarle servicios a usted que, a nuestro exclusive criterio, se encuentra ubicado en zonas que tienen condiciones en las cuales la prestación de servicios es imposible, lo que incluye, entre otras cuestiones, limitaciones geográficas, lejanía, guerra (declarada o sin declarar), hostilidades civiles u de otra índole o disturbios políticos.

País anfitrión hace referencia al país hacia el que **usted** ha viajado y que no se **su país de residencia**.

Daño corporal inminente hace referencia a la existencia de una condición o circunstancia que no puede evitarse mediante medidas de precaución razonables y podría esperarse que produjera **su** fallecimiento o daños físicos graves, en caso de que **usted** permaneciera en el área afectada en la que se produjo el **desastre natural**.

Desastre natural hace referencia a un evento de causas naturales que incluye incendios forestales, terremotos, tormentas de polvo o arena, erupción volcánica, maremotos, nieve, lluvia o viento que tengan como resultado daños graves y generalizados. El **desastre natural** no incluye el efecto directo o indirecto de la lluvia, el viento o el agua relacionado con tormentas que tienen nombre que cumplen la definición de huracán o tifón, excepto en los casos en los que:

1. El recorrido de la tormenta con nombre se desvía por una distancia mayor a las 200 millas en un periodo de 72 horas del recorrido pronosticado por un servicio meteorológico reconocido a nivel nacional
2. Exista la potencial llegada de una tormenta con nombre con un aviso menor a las 72 horas de anticipación

Inhabitable hace referencia a que su ubicación en el país anfitrión se considera inadecuada para la residencia, según lo determinemos **nosotros** en conformidad con las autoridades locales y estadounidenses, por la falta de refugios habitable, alimentos, calefacción o agua potable Y no se tenga a disposición una vivienda adecuada complementaria en un radio de 100 millas del lugar del desastre.

Todos los demás términos de la Póliza Maestra permanecen sin modificaciones.

SPECIMEN

ANEXO DEL BENEFICIO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL OPCIONAL

Sujeto a los límites establecidos en el resumen de beneficios y conforme a las condiciones y restricciones contenidas en la presente póliza, **nosotros** pagaremos los beneficios de responsabilidad personal opcionales en caso de ser elegidos por **usted** y conforme al pago de una prima y a las restricciones de que se indican a continuación.

USTED ESTÁ CUBIERTO:

Abonamos hasta la **suma asegurada** indicada en el Resumen de beneficios y límites (incluidos los costos y gastos) en caso de que **usted** debiera abonar los daños respecto de:

1. **Lesiones** corporales accidentales, lo que incluye el fallecimiento y la **enfermedad** de un **tercero** o
2. Daños o siniestros accidentales a los bienes materiales de un **tercero** (bienes materiales y tangibles) o
3. Daños o siniestros accidentales a los bienes materiales de un **tercero relacionado** (bienes materiales y tangibles).

USTED NO ESTÁ CUBIERTO a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. **Usted** o **sus** representantes legales **nos** cursarán notificación escrita inmediata si han recibido notificación de alguna acusación o investigación relacionada con alguna circunstancia que pudiera dar lugar a alguna responsabilidad conforme a la presente sección.
2. Ni **usted** ni nadie en **su** nombre podrá realizar ninguna admisión, oferta, promesa, pago ni indemnidad sin **nuestro** previo consentimiento escrito.
3. Toda notificación de reclamo, carta, orden o proceso u otro documento que **usted** reciba nos será enviado a **nosotros** inmediatamente después de su recepción.
4. **Nosotros** podremos hacernos cargo y realizar la defensa o conciliación en **su** nombre por todo reclamo o acusar en **su** nombre para **nuestro** propio beneficio todo reclamo de indemnidad o daños contra cualquier parte o persona.
5. Podremos abonarle en cualquier momento el monto correspondiente a cualquier reclamo o series de reclamos la **suma asegurada** (una vez deducidas las sumas ya abonadas en concepto de indemnización) o un monto menor por el cual se haya llegado a una conciliación por el reclamo. Una vez que este pago se haya efectivizado, **nosotros** renunciaremos a la conducción y al control y no tendremos ninguna obligación respecto de ese reclamo, excepto el pago de los costos y gastos revocables o incurridos antes de la fecha de dicho pago.
6. Consideraremos abonarle o pagarle por adelantado, pero sin obligación ni deber contractual alguno de hacerlo, hasta $2.500 a **usted** por su beneficio de conciliar y negociar un reclamo presentado contra **usted**, en la medida que:
    a. El reclamo presentado sea uno apto para recibir cobertura en virtud de este seguro;
    b. No se haya presentado una demanda legal todavía o, de haberlo hecho, no se haya presentado ninguna respuesta;
    c. **Usted** haya conseguido una dispensa escrita total/pacto de no demandar favorable a **nosotros,** y
    d. Se nos entregue de manera satisfactoria, una **prueba del reclamo** completa y toda otra documentación necesaria.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

1. Actos cometidos intencionalmente o que surjan de la influencia del alcohol o drogas no recetadas por un médico licenciado;
2. **Lesión corporal**, enfermedad de una persona conforme a un contrato laboral, servicio o aprendizaje con usted cuando la lesión corporal o enfermedad haya surgido del trabajo son **usted o en relación con** una actividad comercial, negocio o profesión y durante su transcurso;

SPECIMEN

3. Daños o siniestros a los bienes pertenecientes o mantenidos bajo **su** cuidado, custodia o control, que no sea alojamiento temporal ocupado por **usted** en el transcurso del viaje;
4. **Lesión** corporal o daño causado directa o indirectamente en relación con la propiedad, tenencia o uso por usted o en nombre **suyo** de: aeronaves, aerodeslizadores, embarcaciones, vehículos a motor, paracaídas, paranavegadores, parapente, armas de fuego, fuegos artificiales, explosivos, armas mortales o cualquier actividad de carrera;
5. Todo daño, pérdida o reclamo originado en forma total o parcial por **usted** durante una cacería o como resultado de la caza;
6. **Lesión** corporal causada directa o indirectamente en relación con la propiedad, tenencia u ocupación de tierras o edificios, bienes inmuebles o caravanas o remolques:
7. Daños resultantes de incendios, inundaciones, vientos, granizo, filtraciones de agua, filtraciones de gas, explosiones u otras catástrofes;
8. Actos fraudulentos, deshonestos o penales en los que haya incurrido **usted** o una persona autorizada por **usted**;
9. Las consecuencias del incumplimiento, violación u omisión de los compromisos y obligaciones contractuales, ya sean verbales o escritos;
10. Daños punitivos o ejemplares o multas, sanciones, evaluaciones o reclamos por parte de autoridades gubernamentales u organismos regulatorios;
11. Apuestas o juego de cualquier tipo;
12. Animales o mascotas **suyas** o bajo **su** cuidado, custodia o control y
13. Los **gastos surgen directa o indirectamente** de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Todos los demás términos de la Póliza Maestra permanecen sin modificaciones.

SPECIMEN