



StudentSecure®

Select

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Administrada por: WorldTrips

4512150424

# ÍNDICE

<b>DECLARACIÓN DE EXENCIÓN Y NOTIFICACIÓN IMPORTANTES DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE DE EE. UU. (“PPACA”, EN INGLÉS) .....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA .....</b>	<b>3</b>
<b>CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU SEGURO DE VIAJE.....</b>	<b>3</b>
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.....	5
LEY Y COMPETENCIA.....	5
AVISO ARBITRAL .....	5
WORLDTRIPS.....	5
<b>APTITUD DE LOS MIEMBROS .....</b>	<b>5</b>
APTITUD.....	5
<b>FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO .....</b>	<b>6</b>
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO	6
FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO .....	6
<b>PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA.....</b>	<b>6</b>
PERIODO DE BENEFICIOS.....	6
COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA .....	7
<b>RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES .....</b>	<b>7</b>
<b>REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS.....</b>	<b>10</b>
<b>PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS .....</b>	<b>10</b>
NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS.....	10
PRUEBA DEL RECLAMO .....	10
COOPERACIÓN EN RECLAMOS.....	11
ACCESO A MATERIALES ADICIONALES .....	11
OTRO SEGURO .....	11
<b>PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA.....</b>	<b>11</b>
CÓMO APELAR UN RECLAMO .....	11
PROCEDIMIENTO DE QUEJA.....	12
<b>ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS .....</b>	<b>13</b>
<b>ENFERMEDADES PREEXISTENTES .....</b>	<b>14</b>
INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES .....	14
<b>GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN .....</b>	<b>15</b>
GASTOS MÉDICOS .....	15
EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA .....	16
REPATRIACIÓN DE RESTOS.....	17
REUNIÓN DE EMERGENCIA.....	17
<b>MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL .....</b>	<b>18</b>
<b>DEPORTES Y ACTIVIDADES .....</b>	<b>19</b>
DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR .....	20
DEPORTES INTERUNIVERSITARIOS, INTERESCOLARES, INTRAMUROS O DE CLUBES.....	29
<b>TERRORISMO.....</b>	<b>21</b>
<b>EXCLUSIONES GENERALES.....</b>	<b>22</b>
<b>DEFINICIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL .....</b>	<b>32</b>

# 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 obligaciones 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 241920-STU. Para recibir una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con WorldTrips.

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 leer, 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:

1. Corresponderá una comisión por cancelación de \$25 por los costos administrativos en los que incurramos **nosotros** y
2. Se reembolsará únicamente la prima de meses completos no utilizados, si el pago es en cuotas mensuales, o de días no utilizados, si se paga por completo, de la prima; y
3. **Usted** no debe haber presentado ningún reclamo para poder resultar apto para un reembolso de la prima y
4. No se otorgará ningún reembolso de la prima después de los sesenta (60) días.

## 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 elegibles podrían reducirse y **nosotros** le remitiremos su pago directamente al proveedor. Asimismo, aplicaremos el **coseguro** dentro de la red aplicable a los gastos.

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 WorldTrips: [www . worldtrips . com](http://www.worldtrips.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 del **periodo del certificado**, **usted** tendrá sesenta (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. Se debe presentar una apelación por escrito en el plazo de noventa (90) días ya sea a partir de la fecha del último reclamo que fue rechazado o de la fecha de finalización de la póliza.

## 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** durante los primeros seis (6) meses, excepto por los recargos que surjan directamente de un Inicio agudo de enfermedades preexistentes, una Evacuación médica de emergencia o una Repatriación de restos, según lo siguiente.

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 WorldTrips determine 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 de WorldTrips ni a **nuestros** socios a menos que se ordene hacerlo para cumplir con la ley de los países en los que operamos o al dar cumplimiento al proceso

legal. **Usted** podrá consultar la política de privacidad de WorldTrips aquí: <https://www.worldtrips.com/about-worldtrips/privacy-policy>.

## 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, cualquier 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**.

## LEY Y COMPETENCIA

No podrá iniciarse ninguna acción conforme a derecho o equidad para recuperar los beneficios en virtud de este seguro sino hasta sesenta (60) días después de que la fecha de presentación del último reclamo durante el **período del certificado** o un **período de beneficios** aplicable. Dicha acción no podrá presentarse después de un plazo de tres (3) años siguientes a la fecha de presentación del último reclamo durante el **período del certificado** o un **período de beneficios** aplicable. 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 WORLDTRIPS 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.**

## WORLDTRIPS

Worldtrips es una subsidiaria de HCC Insurance Holdings, Inc., que opera como Tokio Marine HCC. HCC Lloyd's Syndicate 4141 es administrada por HCC Underwriting Agency Ltd, que está autorizada por la Autoridad Regulatoria Prudencial(PRA) y se rige por la Autoridad de Conducta Financiera (FCA) y la Autoridad Regulatoria Prudencial. Inscripta (PRA) en Inglaterra y Gales bajo el No. 04632146. Domicilio registrado: 1 Aldgate, London EC3N 1RE, United Kingdom. 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](http://www.fca.org.uk) o contactándose con la Autoridad de Conducta Financiera al 0800 111 6768.

---

# APTITUD DE LOS MIEMBROS

## APTITUD

1. **Usted** debe ser menor de sesenta y cinco (65) años y
  - a. Ser **estudiante de tiempo completo** en un colegio o universidad (sin incluir los colegios y universidades en línea) o
  - b. Dentro de los treinta y un (31) días de ser un **estudiante de tiempo completo** en un colegio o universidad o
  - c. Ser estudiante menor de diecinueve (19) años inscripto en una escuela secundaria o

- d. Ser **profesor de tiempo completo** afiliado a una institución educativa y que realiza su trabajo o investigación por al menos treinta (30) horas por semana y
2. **Usted** debe residir fuera de **su país de residencia** con el objetivo de llevar a cabo actividades educativas internacionales; y
3. **Usted** no deben haber obtenido el estado de residente en el **país anfitrión** y
4. Si se encuentra en los EE. UU., **usted** debe contar con una Visa educativa válida. Podría solicitarse una copia del I-20 o DS2019.

Titulares de J-1 y F-1: El requisito del estado de **estudiante/profesor de tiempo completo** queda sin efecto dentro de EE.UU. si **usted** posee una visa F-1 válida (incluida la Capacitación Práctica Opcional (OPT, en inglés)) o una visa J-1. Los requisitos del estado de tiempo completo continúan vigentes para los individuos que posean visas M-1 u otras categorías de visas.

---

## FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Y EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

### FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente comenzará:

1. 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; o
2. a las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. del día en que recibamos la solicitud y la prima correcta si la solicitud y el pago se envían por correo; o
3. en el momento en que **usted** abandone **su país de residencia**; o
4. a las 12:01 a. m. hora del Este de los EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud, lo que ocurra después, se recibe la prima correcta.

### FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente finalizará:

1. a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. del último día del periodo por el cual se pagó la prima; o
2. a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud; o
3. a las 12:01 a.m. hora del Este de EE.UU. de la fecha en la que **usted** ya no cumple con los requisitos de aptitud; o
4. 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**, **nosotros** pagaremos los gastos médicos elegibles, por hasta sesenta (60) días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubiertas mientras **usted** se encuentre fuera de **su país de residencia** y mientras este **certificado** tenga vigencia. "El periodo de beneficios se aplica

únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados con la condición por la que **usted** fue hospitalizado como un **paciente hospitalizado** en la fecha de terminación del **certificado**".

Si **usted** comienza un periodo de beneficios mientras el **certificado** se encuentra vigente, y el **certificado** finaliza debido a que **usted** regresa a **su país de residencia**, **nosotros** pagaremos los gastos médicos elegibles que hayan sido incurridos en **su país de residencia** durante el periodo de beneficios. La cobertura en el país de residencia se aplica únicamente a los gastos médicos elegibles relacionados por los que **usted** fue hospitalizado como un **paciente hospitalizado** en la fecha de terminación del **certificado**".

## COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

**Usted** debe haber adquirido tres (3) meses de cobertura por la Cobertura en el País de Residencia para que tenga vigencia. Por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, **usted** resultará apto para recibir hasta un máximo de quince (15) días de cobertura en **su** país de residencia por los gastos médicos elegibles. Los beneficios acumulados durante un solo periodo de tres (3) 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 se anulará toda cobertura incidental en el país de residencia.

Para todos los ciudadanos no estadounidenses que elijan el área de cobertura "Sin incluir a EE.UU." y para todos los ciudadanos estadounidenses o residentes, no se provee cobertura dentro de los Estados Unidos, excepto por los ciudadanos estadounidenses o residentes durante una visita al país de residencia incidental o un periodo de beneficios apto.

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 doce (12) meses. Toda extensión o renovación se basará en las normas de aptitud en vigencia y quedará sujeta a **nuestra** discreción exclusiva.

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 **los** enviemos una notificación por correo a **su** último domicilio conocido con una antelación mínima de treinta (30) días.

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Detalles del Plan	
Límite máximo total	\$1,000,000
Monto máximo por lesión o enfermedad	\$500.000
Deducible	\$0
Copagos	
Copago en centros de salud para estudiantes	\$10 por consulta
Copago por visitas al consultorio del médico	\$50 por consulta dentro de la red de la PPO o fuera de EE. UU.; de lo contrario, es \$100 por consulta
Copago por atención de urgencia	\$50 por consulta dentro de la red de la PPO o fuera de EE. UU.; de lo contrario, es \$100 por consulta

Copago por atención en la sala de emergencia (reclamos incurridos solo en EE.UU.)	\$200 de tarifa por visita a un centro con sala de emergencia por el tratamiento recibido en la sala de emergencia
Copago hospitalario para pacientes hospitalizados y ambulatorios	\$100 por consulta dentro de la red de la PPO o fuera de EE. UU.; de lo contrario, es \$200 por consulta
Coseguro – Reclamos incurridos en EE. UU.	
Pago dentro de la red	<b>Dentro de la PPO:</b> Pagaremos el 80% de los siguientes \$25.000 de gastos elegibles después de los copagos correspondientes, y después el 100% hasta llegar al límite máximo total
Pago fuera de la red	<b>Fuera de la PPO:</b> Cargos <b>normales, razonables y usuales</b> para gastos elegibles, hasta el límite máximo total. Puede que <b>usted</b> deba abonar los cargos que superen el monto pagadero.
Coseguro – Reclamos incurridos fuera de EE. UU.	Pagaremos el 100% de los gastos elegibles después de los copagos correspondientes hasta llegar al límite máximo total

Los gastos elegibles quedan sujetos a los copagos, **coseguros** y límite máximo total, y son **periodo del certificado**, a menos que se indique expresamente lo contrario.

Beneficio	Límite
Alojamiento 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 total
Ambulancia local	Hasta \$750 por <b>lesión enfermedad</b> , solo cuando la <b>lesión enfermedad</b> cubierta tiene como resultado la hospitalización como paciente hospitalizado. – <i>no está sujeto a coseguro</i>
Tratamiento ambulatorio	Hasta el límite máximo total
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	50% de los cargos real - <i>no está sujeto a coseguro</i>
Fisioterapia y atención quiropráctica ambulatorios	Hasta \$50 por visita por día – <i>no está sujeto a coseguro</i> Debe ser pedido con anticipación por un <b>médico</b> y no puede ser obtenido en un <b>centro de salud para estudiantes</b> .
Deportes y actividades de descanso, recreativas, de entretenimiento o bienestar	Hasta el límite máximo total
Deportes interuniversitarios, interescolares, intramuros o de clubes	Hasta \$5.000 como monto máximo por <b>lesión o enfermedad</b> únicamente para gastos médicos
Trastornos de salud mental (incluye el <b>abuso de drogas</b> y el <b>abuso de alcohol</b> )	El tratamiento no debe prestarse en un <b>centro de salud para estudiantes</b> . <b>Visita al consultorio del médico:</b> Máximo de treinta (30) visitas. <b>Paciente hospitalizado:</b> Máximo de treinta (30) días.

Atención por maternidad para un embarazo cubierto	Hasta un monto máximo de por vida de \$10.000.
Cuidados para recién nacidos para un embarazo cubierto	Hasta \$750 – <i>no está sujeto a coseguro</i>
Terminación terapéutica del embarazo	Hasta \$500 – <i>no está sujeto a coseguro</i>
Tratamiento dental de emergencia	Hasta \$500 – <i>no está sujeto a coseguro</i>
Inicio agudo de enfermedades preexistentes ( <i>Consulte la descripción de beneficios</i> )	Hasta monto máximo de por vida de \$25.000 para gastos médicos elegibles
Terrorismo	Hasta un monto máximo de por vida de \$50.000, únicamente gastos médicos elegibles.
Todos los demás gastos médicos elegibles	Hasta el límite máximo total.
<b>Beneficios de Emergencia por Viaje</b>	<b>Límite</b>
Evacuación médica de emergencia	Hasta un monto máximo de por vida de \$300.000 - <i>no está sujeto a coseguro ni al límite máximo total</i>
Repatriación de restos	Hasta un monto máximo de por vida de \$50.000 - <i>no está sujeto a coseguro ni límite máximo total</i>
Reunión de emergencia	Hasta \$5.000, sujeto a un máximo de 15 días - <i>no está sujeto a coseguro ni al límite máximo total</i>
Muerte y desmembramiento accidental	Máximo de por vida: \$25.000. Muerte : \$25.000 Pérdida de 2 extremidades: \$25.000 Pérdida de 1 extremidad: \$12.500 <i>- no está sujeto a coseguro ni al límite máximo total</i>
Anexo del beneficio de muerte y desmembramiento accidental opcional	Máximo de por vida: \$25.000. Muerte: \$25.000 Pérdida de 2 extremidades: \$25.000 Pérdida de 1 extremidad: \$12.500 <i>- no está sujeto a coseguro ni al límite máximo total</i>
Anexo de la Respuesta ante Situaciones de Crisis Opcional - – Rescate, objetos personales y aranceles y gastos por respuesta ante situaciones de crisis	Hasta \$100.000 – <i>no está sujeto a coseguro ni al límite máximo total</i>

# 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 y/o suministros que no están cubiertos por este seguro.

A fin de cumplir con los requisitos de la Organización Proveedor Preferida (PPO) de los Estados Unidos **usted** debe recibir un tratamiento médico por parte de los proveedores de la PPO mientras se encuentre en los Estados Unidos. Si **usted** opta por recibir un tratamiento por parte de un proveedor de la PPO, **nosotros** renunciarán al coseguro aplicable a los gastos.

**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 visitando el sitio Web de WorldTrips en: [www . worldtrips . com](http://www.worldtrips.com). Para solicitar asistencia en la búsqueda de un proveedor, contáctese con nosotros al 1-800-605-2282.

---

## PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS

### NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS

Todos los reclamos e información de recamo relacionada, incluida la **prueba de reclamo**, deben enviarse a WorldTrips a la siguiente información de contacto o en línea en [http : / / service . worldtrips . com](http://service.worldtrips.com) / con la mayor brevedad posible.

En línea: [http : / / service . worldtrips . com /](http://service.worldtrips.com/)

Correo postal: WorldTrips  
P.O. Box 240358  
Apple Valley, MN 55124  
USA

### PRUEBA DEL RECLAMO

**Usted** debe enviarnos la **prueba del reclamo** por todos los gastos que esté solicitando que **nosotros** le abonemos. Esto incluye tratamiento o servicios por los cuales el proveedor médico nos facture directamente. **Nosotros** no realizaremos ningún pago sin que **usted** nos envíe primero la **prueba del reclamo**.

Deberemos recibir la **prueba del reclamo** por un incidente dentro de un plazo de sesenta (60) días del último día del **período de su certificado** (o por reclamos en los que haya incurrido durante período de beneficios, sesenta (60) días desde la fecha en la que formuló el reclamo).

La **prueba del reclamo** deberá incluir lo siguiente:

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

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 necesarios para confirmar si existe cobertura por reclamos previos al pago de este.

## COOPERACIÓN EN RECLAMOS

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

## ACCESO A MATERIALES ADICIONALES

**Usted** deberá brindarnos a **nosotros** o a **nuestros** representantes designados, toda la información, documentación e información médica **que** 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. Se debe presentar una apelación por escrito en el plazo de noventa (90) días a partir de la fecha del último reclamo que fue rechazado o de la fecha de finalización de la póliza. 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.

Tenga a bien presentar su apelación escrita por internet, correo electrónico o correo postal a las siguientes direcciones:

Internet:	<a href="http://service.worldtrips.com/">http://service.worldtrips.com/</a>
Correo electrónico:	<a href="mailto:appeals@worldtrips.com">appeals@worldtrips.com</a>
Correo postal:	WorldTrips Appeals P.O. Box 241778 Apple Valley, MN, 55124 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 haya 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.

Tenga a bien enviar su apelación escrita por internet, correo electrónico o correo postal a las siguientes direcciones:

Internet:	<a href="http://service.worldtrips.com/">http : // service . worldtrips . com /</a>
Correo electrónico:	<a href="mailto:appeals@worldtrips.com">appeals@worldtrips.com</a>
Correo postal:	WorldTrips Appeals P.O. Box 241778 Apple Valley, MN, 55124 USA

**Nosotros** acusaremos recibo de **su** reclamo de inmediato luego de recibirla.

Si **usted** es ciudadano del Reino Unido y no se le brindó una respuesta dentro de las ocho (8) semanas o no está satisfecho, 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

Correo electrónico:	<a href="mailto:complaints@lloyds.com">complaints@lloyds.com</a>
Teléfono:	+44 (0)20 7327 5693
Fax:	+44 (0)20 7327 5225
Web:	<a href="http://www.lloyds.com/complaints">www . lloyds . com / complaints</a>

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](mailto:complaint.info@financial-ombudsman.org.uk)

# ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS

Con excepción de los reclamos por medidas cautelares o de otro tipo por compensación equitativa, o de recursos disponibles en un tribunal de demandas de menor cuantía, TODA DISPUTA O CONTROVERSIA ENTRE USTED Y ALGUNO DE LOS MIEMBROS, ASEGURADORAS O FILIALES DE WORLDTRIPS, QUE SURJA DE ESTA PÓLIZA PRINCIPAL O QUE ESTÉ RELACIONADA CON LA MISMA, LO QUE ENTRE OTRAS CUESTIONES INCLUYE A CADA UNA DE LAS DISPUTAS, RECLAMOS (RESPONSABLES DE AGRAVIOS, CONTRATOS, ESTATUTOS O DE CUALQUIER OTRO TIPO) O DESACUERDOS SOBRE LA EXISTENCIA, INCUMPLIMIENTO, INTERPRETACIÓN, APLICACIÓN O FINALIZACIÓN DE ESTA PÓLIZA PRINCIPAL, SE RESOLVERÁN MEDIANTE ARBITRAJE DEFINITIVO Y VINCULANTE DE CONFORMIDAD CON LA LEY FEDERAL DE ARBITRAJE Y DE ACUERDO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ARBITRAJE DE JAMS Inc. vigentes en dicho momento, lo que incluye las normas mínimas de arbitraje para el consumidor de JAMS Inc. en la medida que correspondan (en su conjunto, las “Normas de JAMS”) e inclusive las disposiciones en las Normas de JAMS que permitan el descubrimiento o intercambio de información no privilegiada que sea relevante para la disputa. Tales demandas se arbitrarán exclusivamente de manera individual, y las partes renuncian al derecho o a la potestad que tuvieran para dirimir las en una acción o un arbitraje de carácter mancomunado, consolidado, de representación, grupal o privado.

Las instrucciones con respecto al inicio del arbitraje se encuentran disponibles en el sitio web de JAMS, que está en <https://www.jamsadr.com>. Si **usted** inicia el arbitraje, **usted** tiene la obligación de pagarle a JAMS la tarifa por iniciación del caso que esté vigente en ese momento. Todo el resto de los costos de administración del arbitraje (es decir, aranceles restantes por los servicios administrativos de JAMS o los servicios del árbitro) los abonará WorldTrips. El arbitraje se celebrará en Houston, Texas o, si así lo decide **usted**, en su región de origen, en forma virtual o solamente con presentaciones escritas. El tribunal arbitral 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 WorldTrips. La fecha postal no debe superar los sesenta (60) días desde el último día del período del certificado. Se debe enviar un aviso a: : HCC Insurance Holdings, 13403 Northwest Freeway, Houston, Texas 77040, a la atención del Chief Legal Officer (Director de asuntos legales). 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 WorldTrips.

---

## FRAUDE O ESTAFA

### 1. Solicitud:

**Nos** basamos en las declaraciones vertidas **por usted** en la solicitud con respecto a la elaboración de la misma con el fin de determinar si la o las personas incluidas en el documento cumplen los requisitos de elegibilidad para acceder al seguro descrito en el presente documento. Toda decisión que tomemos con respecto a una declaración falsa o tergiversación (sea intencional o no), ocultamiento o fraude en la solicitud de un **miembro**, o bien en relación con una declaración o garantía hecha por el **miembro** o su representante autorizado, ya sea por escrita o de otro modo, a nosotros o a nuestros representantes por o en relación con la solicitud, hará que este seguro quede nulo e inválido; asimismo, todos los reclamos hechos por el presente documento no se considerarán para pagar además de todo los demás recursos disponibles que tengamos.

### 2. Reclamos:

**Nuestra** organización confía en las declaraciones vertidas por los miembros en la declaración del demandante y en relación con la presentación de un reclamo por el presente a la hora de decidir si corresponde o no y en qué medida el pago de beneficios en virtud de este seguro. Toda declaración falsa o tergiversación (sea intencional o no), ocultamiento o fraude en la preparación de un reclamo en virtud del presente hará que este seguro quede nulo e inválido, todos los reclamos hechos por el presente documento no se considerarán para pagar y **nos** reservamos derechos con respecto a los demás recursos disponibles que tengamos. Si un reclamo en virtud de este seguro es de alguna forma fraudulento, o si el **miembro** o una persona que actúe en su nombre utiliza medios o dispositivos fraudulentos, este seguro quedará nulo e inválido y todos los reclamos en virtud del mismo no se considerarán para pagar; además, **nos** reservamos derechos con respecto a los demás recursos disponibles que tengamos.

---

## ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Excepto por los cargos que surjan directamente por el Inicio agudo de una **enfermedad preexistente**, una evacuación médica de emergencia o una repatriación de restos, las **enfermedades preexistentes** no están incluidas en este seguro durante los primeros seis (6) meses de cobertura.

**Enfermedad preexistente** hace referencia a toda **lesión, enfermedad**, padecimiento, dolencia u otro trastorno, condición o afección física, médica, mental o nerviosa que existiera con una certeza médica razonable al momento de la solicitud o en cualquier momento durante los (doce) 12 meses previos a la fecha de entrada en vigencia del seguro, ya sea que se haya manifestado previamente en forma asintomática o conocida, diagnosticada, **tratada** o que **nos** sea comunicada antes de la fecha de entrada en vigencia, lo que incluye todas las complicaciones o consecuencias **crónicas** o recurrentes posteriores relacionadas o derivadas o generadas de estos.

### INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Sujeto a todo el resto de los términos, condiciones y limitaciones de la presente Póliza Maestra, en caso de que **usted** sufra el **inicio de una condición aguda preexistente** durante el período del certificado por el cual resulte fundamental y necesario recibir tratamiento inmediato para estabilizar la **condición preexistente**, esta Póliza Maestra cubrirá los **gastos médicos elegibles**. El beneficio solo se aplica si, al momento del **inicio agudo de afección preexistente**, se cumplen todas las condiciones siguientes:

- (a) El **inicio de una condición aguda preexistente** no está relacionado ni directa ni indirectamente con una **condición crónica o congénita**; y
- (b) El **tratamiento** debe realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas del brote o recurrencia repentino o **inesperado**; y
- (c) Usted no debe estar viajando en contra o sin atender a las recomendaciones, a programas de **tratamiento** establecidos o recomendación médica de un prestador médico o de atención médica; y
- (d) Usted no debe estar viajando con la intención o el propósito de solicitar o acceder a un **tratamiento** por la **condición preexistente**; y
- (e) Usted debe estar viajando fuera de su **País de residencia**

Esta cobertura estará sujeta a cualquier otro término, condición o exclusión de la política, lo que incluye las Exclusiones Generales y los límites previstos en el Cronograma de beneficios y límites.

---

## 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 POR:

1. 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 o enfermedad**, incluso si no se requiere hospitalización en el **hospital**. Sin embargo, los cargos por el uso de la Sala de Emergencias dentro de los Estados Unidos estarán sujetos a un deducible establecido en el resumen de beneficios y límites.
2. **Cirugía** en un centro quirúrgico **ambulatorio**, incluidos los servicios y suministros.
3. Los cargos realizados por un **médico** por servicios profesionales, incluidas las **consultas médicas virtuales y cirugía**. Los cargos de un cirujano asistente están cubiertos hasta el 20% de los cargos **normales, razonables y 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 para diabéticos, suministros de venta libre o sin receta y dispositivos de soporte o agarre.
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** reconstructiva esté directamente relacionada con una **cirugía** cubierta en virtud del presente.
8. Por una terapia o tratamiento de radiación y quimioterapia.
9. 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.
10. Oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un **médico**.
11. Anestesia y su administración por un **médico**.
12. . Medicamentos que requieren una receta por parte de un **médico** para el tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** con cobertura; no obstante, no se incluyen las siguientes: medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes, el reemplazo de medicamentos perdidos, robados, dañados, vencidos o en riesgo, y para un suministro máximo de sesenta (60) días para cada receta.
13. Cuidado en un **centro de cuidados prolongados** autorizado, luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
14. **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.
15. Transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una **lesión** o **enfermedad** que genere una hospitalización.
16. Tratamiento **dental** de emergencia necesario para: a) resolver una situación con dolor, o b) reparar o reemplazar piezas dentales naturales perdidas o dañadas en un **accidente** cubierto .
17. Alquiler del **equipo médico durable médicamente necesario** (que consiste en la cama estándar básica del hospital y/o una silla de ruedas estándar básica) hasta los precios de compra.
18. Fisioterapia para pacientes ambulatorios si es recetada por un **médico** para el tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubierta.
19. Cuidado de rutina y **médicamente necesario** de niños recién nacidos, según prevé el cronograma de beneficios, siempre que el parto del recién nacido esté cubierto en el presente.
20. Cuidado prenatal, parto de un recién nacido, y cuidado posnatal relacionado con un **embarazo cubierto** que haya comenzado después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
21. Por tratamiento por trastornos de **salud mental**, incluido el **abuso de drogas** y el **abuso de alcohol**.

#### 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 POR:

1. Transporte aéreo de emergencia al aeropuerto adecuado más cercano al **hospital** donde recibirá el tratamiento, y
2. Transporte terrestre de emergencia necesariamente precedente al transporte aéreo de emergencia y desde el aeropuerto de destino hasta el **hospital** donde 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** acepta la evacuación, y
3. **Nosotros** aprobamos con anticipación y coordinamos la organización, lo que no incluye la ambulancia local de emergencia.

#### USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. la **enfermedad** o **lesión** que genera el gasto no está cubierta por este seguro, o
2. **Usted** está participando en un deporte o actividad que no tiene cobertura; o
3. **El tratamiento, los servicios y suministros médicamente necesarios** pueden proporcionarse en forma local, o
4. Si el traslado por otro medio no diera como resultado la pérdida de uno de **sus** miembros o **su** muerte, o
5. La enfermedad que genera la evacuación médica de emergencia no ocurriera de manera repentina e inesperada 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
6. 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.

## REPATRIACIÓN DE RESTOS

#### USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

1. 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. 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:

1. 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 por cualquier demora que no se encuentre bajo **nuestro** control directo e inmediato.

## REUNIÓN DE EMERGENCIA

#### USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

1. 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. 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 quince (15) días.

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

1. **Usted** tiene cubierta una evacuación médica de emergencia, o
2. **usted está hospitalizado** en calidad de **paciente hospitalizado** durante al menos cinco (5) días por una enfermedad con riesgo de muerte. Se pagarán beneficios por reunión de emergencia no relacionados con una evacuación médica de emergencia solo después de la estadía del paciente hospitalizado de, al menos, cinco días.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

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

---

## MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

**USTED ESTÁ CUBIERTO POR:**

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** la mitad del monto indicado en el Resumen de beneficios.

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

1. El **accidente** que da lugar a la muerte accidental o desmembramiento debe estar cubierto por este seguro, y
2. el fallecimiento debe producirse dentro de los treinta(30) días de haber ocurrido el hecho de manera repentina, inesperada e involuntaria y sin ser causado por una enfermedad o dolencia.

**USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:**

1. Accidente o siniestro causado o contribuido 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** autoinfligida intencionalmente, 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, directa o indirectamente, de: i) estado de ebriedad, según lo definan las leyes de la jurisdicción en la que se produjo el **accidente** o **lesión**, o ii) estado de ebriedad que coincida con el contenido de alcohol en sangre (BAC) 0.08, o el que sea menor, o iii) informe de un profesional, como un médico clínico o un profesional forense, iv) el informe de testigo de un

tercero; v) que usted admita los hechos, o vi) la descripción de los hechos que usted nos relató o le haya relatado a un profesional médico tratante (como un paramédico, enfermero o doctor) o a un miembro de los servicios de emergencia que lo asistieron según quede documentado en sus registros.

- 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; o
  - l. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores;
  - m. Actividades deportivas no cubiertas.
2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Las siguientes definiciones se aplican a la cobertura por Accidente personal:

**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** seguida de fallecimiento. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los treinta (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 beneficio por Muerte en transporte público. Si **usted** no designa a ningún **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** serán automáticamente los siguientes según el orden que se detalla:

**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.

---

## DEPORTES Y ACTIVIDADES

### A. DEPORTES INTERUNIVERSITARIOS, INTERESCOLARES, INTRAMUROS O DE CLUBES

#### USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

1. Sujeto al límite establecido en el Resumen de Beneficios y Límites, **usted** tiene cobertura para enfermedades y lesiones sostenidas mientras participe en deportes sancionados a nivel interno, intercolegial, interuniversitario o de clubes.

#### USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los deportes o actividades deportivas no están sancionadas por su escuela; o
2. La actividad fue realizada de forma profesional o por un sueldo, recompensa o beneficio económico; o
3. La lesión o enfermedad ocurre mientras **usted** no está cubierto; o

4. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones Generales.

## B. DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR

### USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

1. Conforme al límite máximo total, **usted** tiene cobertura por lesiones o enfermedades sufridas durante participación en deportes y actividades, a menos que no se incluyan a continuación.

**Usted** debe estar seguro de que se empleen los equipos de seguridad correspondientes (como protección auditiva, chalecos salvavidas, etc.) se usen en todo momento.

### USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Deportes o actividades atléticas organizadas que involucren prácticas o juegos regulares o no programados por **su** escuela, o
2. Los deportes o atletismo son interescolares, interuniversitarios, intramuros o de clubes deportivos; o
3. Una actividad realizada de manera profesional o por un sueldo, recompensa o ganancia, o
4. La actividad implica explorar zonas remotas o inaccesibles, expediciones de exploración y rutas o actividades nuevas, incluido lugares como la Antártida, el Círculo Ártico o Groenlandia;
5. Gastos que surjan directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones Generales, o
6. Alguno de los puntos que se detallan a continuación:
  - Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial)
  - Caída libre
  - BMX estilo libre
  - Puentismo
  - Buceo sin equipo
  - Ala delta
  - Montar motos acuáticas
  - Alpinismo, donde una persona razonablemente prudente utilice sogas o guías en elevaciones de 4.500 metros o más; y
  - Paracaidismo
  - Carreras de cualquier animal, vehículo motorizado o BMX y
  - Skateboard
  - Saltos libres
  - Surf aéreo
  - Esquiar o hacer snowboard, con excepción de: 1) esquí recreativo cuesta abajo, esquiar o hacer snowboard a campo traviesa, y 2) por esquiar y hacer snowboard cuesta abajo, en un territorio delimitado, preparado y marcado. (No se brinda cobertura para hacer esquí o snowboard si se desatiende el asesoramiento de la escuela de esquí o las autoridades de la localidad).
  - Espeleología
  - Excursiones subacuáticas que impliquen el uso de aparatos de respiración submarinos, a menos que se vaya acompañado por un instructor certificado a una profundidad menor a diez (10) metros o **usted** tenga una certificación PADI/NAUI/SSI.
  - Surf
  - Kayak en aguas rápidas y rafting en aguas rápidas.

# TERRORISMO

## USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

1. **Nosotros** pagaremos los gastos médicos elegibles 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, y
2. **Usted** no debe tener una participación directa o indirecta en el acto de terrorismo, y
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 superior que ha estado en vigencia dentro de los sesenta (60) días inmediatamente anteriores a **su** fecha de llegada y
4. Usted ha partido de un país o lugar dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha de emisión de una advertencia para viajeros de nivel 3 o superior 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; o
  - 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 y/o un material radioactivo a los fines de un tratamiento médico; o
  - c. Cualquier acto de terrorismo, no específicamente enumerado anteriormente; o
  - 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 (a), (b) o (c) más arriba; o
  - e. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

A los fines de este seguro, un “acto de terrorismo” significa cualquier acto, que incluye el uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de uso de fuerza o violencia, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen de forma individual o en nombre de o en conexión con cualquier organización o gobierno comprometido con fines políticos, religiosos, ideológicos o fines similares, que incluyen la intención de influenciar cualquier gobierno y/o atemorizar al público, o a cualquier 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.

Las siguientes definiciones se aplican a Terrorismo:

**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 y/o eventos siguientes:

1. **Enfermedades preexistentes**, durante los primeros seis (6) meses de cobertura, excepto los cargos que resulten directamente del inicio de una enfermedad aguda preexistente, una evacuación médica de emergencia o una repatriación de restos.
2. Defectos de nacimiento y afecciones congénitas. Los defectos de nacimiento se consideran incluidos en las afecciones hereditarias.
3. Vacunas, **exámenes físicos de rutina**, y demás análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación o prevención.
4. Tratamiento de la articulación temporomandibular.
5. **Trastornos de salud mental** si el tratamiento se obtiene en un centro de **salud para estudiantes**.
6. Terapia física y tratamiento quiropráctico, a menos que sea ordenado por anticipado por un **médico** para un tratamiento **médicamente necesario** relacionado con una **lesión** o **enfermedad** cubierta que no se presta en un **centro de salud para estudiantes**.
7. Cuidado prenatal de rutina, embarazo, nacimiento, cuidado posnatal, y cuidados neonatales para un recién nacido, a menos que esté directamente relacionado con un **embarazo cubierto**.
8. Terminación opcional del embarazo.
9. 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.
10. Todas las insuficiencias y **enfermedades de transmisión sexual**.
11. VIH, SIDA o ARC y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el VIH.
12. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados.
13. **La lesión o enfermedad** que se deba en todo o en parte a los efectos del alcohol, las drogas ilícitas o los medicamentos que no se tomen según el tratamiento indicado por un **médico**, o la **lesión** que se produzca por estar bajo los efectos de las drogas o el alcohol según lo definan las leyes de la jurisdicción o tener un contenido de alcohol en sangre (BAC) de 0.08, lo que sea menor, o (iii) informe de un profesional, como un médico clínico o un profesional forense; (iv) el informe de testigo de un tercero; (v) que **usted** admita los hechos, o (vi) la descripción de los hechos que **usted nos** relató o le haya relatado a un profesional médico tratante (como un paramédico, enfermero o doctor) o a un miembro de los servicios de emergencia que lo asistieron según quede documentado en sus registros.
14. 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.
15. **Cirugía** de ojos, tal como la **cirugía** refractiva correctiva, cuando el objetivo principal sea corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo.
16. 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.

17. Ortóptica y terapia visual para ojos.
18. 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.
19. Caída del cabello, que incluye pelucas, trasplantes de cabello o un medicamento que pueda hacer crecer el cabello, ya sea que esté o no recetado para la pérdida que sea el resultado de un tratamiento o provocado por una **enfermedad** o **lesión** con cobertura.
20. Acné, lunares, verrugas, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad hipertrófica y atrófica de la piel, nevus.
21. Apnea del sueño u otros trastornos del sueño.
22. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, biorretroalimentación, acupuntura, recreacional, del sueño o musicoterapia, cuidado holístico de cualquier naturaleza, masajes y kinesiología.
23. Pruebas psicométricas, de inteligencia, de competencia, de comportamiento y educacionales.
24. Mientras se encuentre hospitalizado principalmente para recibir asistencia de **custodia**, cuidados educacionales o de rehabilitación, o cualquier tratamiento médico en cualquier establecimiento para el cuidado de los ancianos, excepto el cuidado de rehabilitación recibido luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
25. Fines cosméticos o estéticos, excepto para la **cirugía** reconstructiva cuando dicha **cirugía** esté directamente relacionada, y suceda a una **cirugía** cubierta por el presente.
26. 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.
27. Obesidad o cambios en el peso, incluido a título enunciativo, alambrado de dientes y todas las formas de **cirugía** de bypass gástrico.
28. Programas de ejercicios, ya sea que estén o no recetados o recomendados por un **médico**.
29. Incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear no médica y/o a materiales radioactivos.
30. Cualquier enfermedad o lesión sufrida como consecuencia de epidemias, pandemias, emergencias de salud pública, desastres naturales u otras situaciones de brotes de enfermedades que puedan afectar la salud de una persona cuando, en forma previa a la fecha de entrada en vigencia cualquiera de los siguientes hayan sido emitidos:
  - a. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos hayan emitido una Advertencia/alerta de nivel 3 o superior para un lugar o destino que incluya **transporte público**; o
  - b. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos hayan emitido una Advertencia global o mundial/alerta de nivel 3 o superior

Esta exclusión es aplicable cuando 1) cualquiera de los anteriores estuvo en vigencia dentro de los sesenta (60) días inmediatamente anteriores a **su** fecha de entrada en vigencia o 2) dentro de los diez (10) días posteriores a la emisión de la advertencia/alerta **usted** no logró salir del país o el lugar. Esta exclusión no se aplica a los cargos que estén causados por COVID-19/SARS-CoV-2.

31. Con fines **investigacionales o experimentales**.
32. Complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
33. Incurridos fuera de **su periodo del certificado**.
34. Presentado ante nosotros para el pago más de sesenta (60) días después del último día del **periodo del certificado**.
35. Superen los cargos **normales, razonables y usuales**.

36. No sean **médicamente necesarios**
  37. No administrada u ordenada por un **médico**.
  38. Brindado por un **familiar**, pariente u otra persona que normalmente resida con **usted**.
  39. Prestado sin costo alguno para **usted**.
  40. Inasistencia a una visita programada.
  41. Cuando la salida del **país de residencia** haya sido para recibir tratamiento en el país/los países de destino.
  42. Viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación médica de emergencia, repatriación de restos y reunión de emergencia incluidas en este seguro.
  43. Pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica.
  44. A pagar en virtud de las leyes de Indemnización laboral o Responsabilidad civil del empleador o por toda cobertura provista o exigida por la ley.
  45. Guerra, acción militar o mientras se encuentre cumpliendo con su deber como un miembro de las fuerzas o unidades policiales o militares.
  46. No incluidos como gastos elegibles, conforme se describe en el presente.
- 

## DEFINICIONES

**Abuso de las drogas** hace referencia a todo patrón de uso patológico de las drogas que cause un impedimento en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o por síntomas físicos cuando se las retira.

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

**Abuso del alcohol** hace referencia a todo patrón de uso patológico del alcohol que cause un impedimento en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca una dependencia fisiológica evidenciada por la tolerancia física o por síntomas físicos cuando se lo retira.

**Accidente** hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado por un medio externo y visible y que le produce una **lesión** 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**.

**Ambulancia local** hace referencia a un transporte dentro del área metropolitana que se dirige hacia un hospital u otro centro de atención médica correspondiente. Es posible que una ambulancia aérea, si no se trata de una emergencia, pueda reemplazar a una ambulancia en tierra si se encuentra en una zona rural a la que la ambulancia en tierra no pueda llegar.

**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.

**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 veinticuatro (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.

**Centro de salud para estudiantes** hace referencia a un centro médico de una institución educativa que brinda servicios de salud básicos para los estudiantes por un mínimo de diez(10) horas por semana durante el semestre escolar. Los servicios básicos deben incluir la contratación de personal por un proveedor médico licenciado (MD, CNP, o RN) para la evaluación y tratamiento de **enfermedades** y **lesiones** menores y/o la derivación a otro proveedor médico.

**Certificado** hace referencia al documento emitido a **usted** que evidencia los beneficios pagaderos en virtud de la Póliza Maestra

**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.

**Con fines investigacionales 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.

**Congénito** hace referencia a toda condición médica, trastorno, anormalidad, deformidad, **enfermedad** o **lesión** presente en el nacimiento más allá de la causa de su manifestación y su fue previamente diagnosticada.

**Consulta médica virtual** es una consulta en vivo realizada a través de Internet o por teléfono entre **usted** y el **médico**.

**Cónyuge** hace referencia a **su** cónyuge legal o pareja de hecho. Esta relación debe cumplir con todos los requisitos de un contrato matrimonial válido, convivencia de hecho o unión civil en el estado o país en el que las partes celebraron la ceremonia.

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

**Crónico** hace referencia a una enfermedad que normalmente persiste por tres (3) meses o más.

**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 elegibles, especificado en el resumen de beneficios y límites, que **usted** debe pagar por cada **periodo del certificado** antes del pago de los gastos elegibles.

**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(1) o más extremidades

o los ojos y no causado por enfermedades ni dolencias. A los fines del beneficio por 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.

**Embarazo cubierto** hace referencia a todo embarazo que comenzó después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

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

**Emergencia dental** hace referencia a un tratamiento odontológico que lleva a cabo un doctor en cirugía odontológica (DDS), un doctor en medicina odontológica (DDM) u otro profesional odontológico con matrícula, y que es necesario para resolver una situación con dolor o reparar o bien reemplazar las piezas dentales que se perdieron o dañaron en un **accidente** que tenía cobertura con este seguro.

**Enfermedad** hace referencia a un malestar, trastorno, **enfermedad**, patología, anormalidad, dolencia u otra condición médica, física o de salud. 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, clamidiosis, tricomoniasis, herpes genital y virus del papiloma humano (HPV).

**Equipo médico durable** hace referencia a una cama de hospital básica estándar o una silla de ruedas básica estándar. Las botas y muletas para caminar no se consideran equipo médico duradero.

**Estudiante de tiempo completo** hace referencia a un estudiante en un colegio o universidad que está tomando diez (10) horas de crédito (estudiantes no graduados) o seis (6) horas de crédito (estudiantes graduados). La condición de estudiante de tiempo completo para los individuos inscriptos en colegios o universidades que no utilizan un sistema de horas de crédito debe evidenciarse a través de la entrega de documentación acerca de la condición de estudiante de tiempo completo.

**Examen físico de rutina** hace referencia a un examen físico por parte de un **médico** únicamente con fines preventivos o informativos, lo que incluye establecer atención con un **médico** cuando no exista un impedimento objetivo normal para la salud y no para el diagnóstico o el tratamiento de una afección. El examen físico de rutina también incluye análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación o prevención..

**Familiar** hace referencia al padre o madre biológico o padrastro o madrastra; hijos biológicos o hijastros; cónyuge actual; hermanos biológicos o hermanastros, suegros, sobrinos o cuñados. No se permite que menores de edad acepten en **su** nombre una evacuación médica de emergencia. **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 veinticuatro (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 **inesperada y súbita** de corta duración, que progresa con rapidez y requiere de atención de emergencia. Una **enfermedad preexistente** crónica o congénita, o que empeora gradualmente con el tiempo no es una enfermedad preexistente de inicio agudo. Una enfermedad preexistente de inicio agudo no incluye ninguna enfermedad por la cual, a la fecha de entrada en Vigencia, la Persona Asegurada (i) sepa o prevea

razonablemente que recibirá, (ii) sepa que recibirá, (iii) había programado o (iv) le dijeron que recibiría atención médica, medicamentos, o tratamiento.

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

**Medicamento 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 **medicamento necesario** si es provisto únicamente como una conveniencia para **usted** o para el proveedor, y/o no es adecuado para **su** diagnóstico o síntomas, y/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 odontológica (DDS), un doctor en medicina odontológica (DDM), un doctor en podología (DPM), un doctor en osteopatía (DO), un fisioterapeuta o kinesiólogo matriculado, y un doctor en psiquiatría y un doctor en psicología (Psy.D). Médico también comprende a los enfermeros de práctica avanzada matriculados (APRN) los practicantes de enfermería certificados (CNP), enfermeros anestesiistas registrados certificados (CRNA), partera enfermera o asistente médico (PA) bajo las órdenes de un médico. En cuanto al tratamiento de salud mental, médico incluye a LCSW (trabajador social clínico matriculado), LICSW (trabajador social independiente matriculado), LPC (terapeuta profesional matriculado) y QMHCM (administrador profesional de casos de salud mental). Un médico debe tener actualmente su matrícula de la jurisdicción para la que presta sus servicios, y los servicios prestados deben estar dentro del alcance de dicha autorización y tener 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 solamente por un medio externo y visible y que le produzca a **usted** una **lesión** y luego, la muerte. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los treinta(30) días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y al que no haya contribuido una enfermedad o dolencia.

**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 geográfica 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 donde se produzcan los cargos, 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 WorldTrips.

**Objetos personales** hace referencia a sumas o bienes de valor monetarios que sean:

1. Traslados 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** que administra u ordena por un **médico** para una **lesión** o **enfermedad** que no requiere que el miembro pase la noche en el **hospital**.

**Paciente hospitalizado** hace referencia a un paciente al que se le hizo la admisión, ocupa una cama del hospital para recibir tratamiento y cuya admisión fue recomendada por un **médico**.

**País anfitrión** hace referencia al país, distinto del **país de residencia**, en el que **usted** participará en actividades educativas. Para los ciudadanos y residentes legales permanentes de EE. UU, el país anfitrión debe ser ajeno a EE.UU., incluyendo las Islas Vírgenes EE. UU., Puerto Rico, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

**País de residencia** hace referencia al país en el **usted** reside principalmente y recibe **su** correo habitual. Los ciudadanos de EE. UU. y los residentes legales permanentes no reúnen los requisitos para recibir la cobertura dentro de EE. UU., excepto según los disponga la cobertura del país de residencia, independientemente de la ubicación de la residencia principal. ..

**Periodo del certificado** hace referencia al periodo que comienza en la fecha y hora de la fecha de entrada en vigencia del **certificado** y que finaliza en la fecha y hora de la fecha de finalización del **certificado**. El **periodo del certificado** tiene un máximo de doce (12) meses, después de los cuales comenzará un nuevo período del **certificado**.

**Profesor de tiempo completo** hace referencia a un individuo afiliado a una institución educativa y que participa en actividades educativas por al menos treinta (30) horas por semana. Estas actividades pueden incluir, entre otros, la realización de investigaciones en un área de especialidad o la enseñanza por un periodo de tiempo provisorio.

**Súbita(mente)/Inesperada(mente)** hace referencia a rápidamente, con poco o ningún aviso, no esperado o imprevisto.

**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.

**Terminación terapéutica del embarazo** hace referencia a la terminación intencional del embarazo que fue **considerada médicamente** necesaria para el bienestar de la madre.

**Términos** hace referencia a todos los términos, disposiciones, condiciones, definiciones, **deducibles**, **coseguro**, límites, sublímites, redacciones, restricciones, requisitos, aptitudes o exclusiones que obliguen a la Persona Asegurada como se prevé en la Póliza Maestra, la Solicitud o Anexos.

**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.

**Tratado/ Tratante/Tratamiento** hace referencia a todos los servicios y procedimientos prestados en el manejo o cuidado de un paciente a los efectos de identificar, diagnosticar, tratar, curar, prevenir, controlar o combatir

una **enfermedad** o **lesión**, lo que incluye a título enunciativo: recomendación verbal o escrita, consulta, examen, conversación, prueba o evaluación de diagnóstico de cualquier tipo, farmacoterapia u otra medicación o cirugía.

**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.

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

---

# 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 treinta (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 POR:

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** la mitad del monto indicado en el Resumen de beneficios.

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

1. El **accidente** que da lugar a la muerte accidental o desmembramiento debe estar cubierto por este seguro, y
2. el fallecimiento debe producirse dentro de los treinta (30) días de haber ocurrido el hecho de manera repentina, inesperada e involuntaria y sin ser causado por una enfermedad o dolencia.

## 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** autoinfligida intencionalmente, 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 directo o indirecto de: i) de intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** o **lesión** que usted sufrió, o ii) intoxicación que concuerde con un nivel de alcohol en sangre de .08 BAC, lo que resulte menor ya sea directa 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;
- m. Actividades deportivas no cubiertas o

2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

Las siguientes definiciones se aplican al Anexo del Beneficio de muerte y desmembramiento accidental opcional:

**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** seguida de fallecimiento. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los treinta (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 beneficio por Muerte en transporte público. En caso de que **usted** no designe a un **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** el **beneficiario** serán automáticamente los siguientes según el orden que se detalla:

**Miembros** mayores de dieciocho (18) años: 1. **Cónyuge** (de haberlo), 2. Hijos (de haberlos) en partes iguales, 3. **Sus** herederos.

**Miembros** menores de dieciocho (18) años: 1. Padre(s) con custodia (de haberlos), 2. Hermanos (de haberlos) en partes iguales, 3. **Sus** herederos.

En ningún caso nuestro pago en virtud del presente beneficio superará el total del monto de capital.

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

# 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 POR:

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

## 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. Unity Advisory Group / On Call International 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.
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. El **secuestro** o **secuestro expreso** primero se produce en Afganistán, República de África Central, República Democrática del Congo, Irak, Libia, Mali, Níger, Nigeria, Corea del Norte, Pakistán, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Siria, Venezuela, Yemen, o cualquier país con el que tengamos prohibido realizar transacciones debido a las sanciones impuestas por la Oficina de Control de Activos en el Exterior (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 su 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 límite 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.

Las siguientes definiciones se aplican al Anexo del beneficio por respuesta ante situaciones de crisis opcional:

**Aranceles y Gastos de Respuesta ante Situaciones de Crisis** hace referencia a todos los aranceles y gastos Unity Advisory Group / On Call International relacionados con su **secuestro** o **secuestro exprés**.

**Secuestro exprés** hace referencia a la abducción física real, traslado y retención contra **su** voluntad durante al menos de una (1) hora en el que **usted** entregue **sus objetos personales** o bienes disposición inmediata a modo de intercambio por **su** liberación. **Secuestro** hace referencia a la abducción física real o al o intento de abducción y **su** retención contra **su** voluntad por parte de una o más personas que exigen un **rescate** específicamente con **sus** activos a modo de intercambio por **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. Traslados 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**

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

---