



AmFirst Insurance Company, Ltd.

The Pearman Building, 3rd Floor
3 Gorham Road
P.O. Box HM 3103
Hamilton HM NX, Bermuda

UNA COMPAÑÍA POR ACCIONES

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO. La Compañía promete pagarle a Usted, el Asegurado, los beneficios previstos por esta póliza para Gastos Médicos incurridos necesaria y razonablemente, hasta la cantidad asegurada, como se establece en la Tabla de Beneficios. Todos los beneficios están sujetos al Certificado de Cobertura de la Póliza, Tabla de Beneficios, Provisiones, Definiciones, Condiciones, Exclusiones, Sección de Transplante de Organos (si existe) y Enmiendas (si existen).

CONSIDERACION. Esta póliza es expedida en consideración a la solicitud (se adjunta una copia) y el pago de la prima inicial. Las primas deben pagarse en Dólares EUA.

COMIENZO DE COBERTURA. La cobertura para seguro se provee después que la solicitud ha sido revisada y aceptada, la póliza emitida y la prima ha sido pagada a la Compañía de acuerdo con el modo de pago especificado en el Certificado de Cobertura.

DERECHO A DEVOLVER LA POLIZA EN DÍAZ DÍAS. Si por alguna razón usted no está satisfecho con esta póliza, nos la puede devolver dentro de los 10 días después de recibida. Puede devolvérsela a nosotros o al agente que se la vendió. Entonces le reembolsaremos cualquier prima pagada y la póliza será considerada nula, como si no se hubiera emitido.

FECHA DE VIGENCIA. Esta póliza comienza a las 12:01 a.m. Hora Estándar de su residencia en la Fecha Efectiva de la Póliza mostrada en el Certificado de Cobertura. Termina, sujeta al período de gracia, a las 12:01 a.m. el día de pago de cualquier prima de renovación.

NOTA IMPORTANTE SOBRE DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. Por favor, revise la copia de su solicitud, que es parte de esta póliza. Verifique que ninguna historia médica haya sido omitida. Escribanos dentro de 10 días si alguna información se muestra incorrecta o incompleta. Notifique a la Compañía si ha ocurrido algún cambio en su salud en el tiempo desde que la solicitud fué completada y la fecha de origen de esta póliza. Esta póliza se expide en base de que las respuestas a todas las preguntas son correctas y completas. Cualquier omisión o declaración incorrecta pudiera causar que una reclamación válida sea rechazada.

Firmada a favor de AmFirst Insurance Company Ltd. en sus oficinas administrativas en Jackson, Mississippi.

Secretario

Presidente

This page left blank / esta pagina fue dejada en blanco intensionalment

SPECIMEN

PREFERRED MEDICAL PLAN

TABLA DE BENEFICIOS

Cobertura	Mundial – basado en cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados en el país donde el tratamiento ocurra.
Elegibilidad	Aceptación hasta los 74 años de edad; estudiantes hasta los 24 años de edad como dependientes.
Cantidad Asegurada	Hasta US\$1,000,000 de gastos incurridos por Asegurado, por Año del Certificado. A los 70 años de edad la cantidad por Asegurado se reducirá a US\$500,000 por Año del Certificado.
Deducible Anual por Asegurado	Selección de: US\$500; US\$1,000; US\$2,000; US\$3,000; US\$5,000; US\$10,000; US\$25,000
Co-Aseguro	20% de los primeros US\$5,000 por Asegurado, si el tratamiento se realiza fuera de su país de residencia. Un aumento en el Co-Aseguro se aplicará a cualquier Asegurado que NO este ingresado en un Hospital de la Red Elite. El Asegurado será responsable de un 30.00% adicional en cargos cubiertos después de aplicar el Deducible y el Co-Aseguro.
Período de Espera	90 días, con cobertura inmediata en casos de accidente y de enfermedades infecciosas.
	10 meses para cobertura de maternidad. (Este Período de Espera no se elimina aun si existía una póliza internacional antes de esta cobertura.)
	El período de 90 días se elimina si existía una póliza internacional durante los 12 meses anteriores. La cobertura para esta eliminación se limitará a lo menor de beneficios proveídos por esta póliza o por la previa.

Cobertura para Hospitalización: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos	Límites
El costo de habitación privada y comidas (180 días máximo por Año del Certificado, sin exceder US\$800 por día) El costo de habitación privada y comidas 180 días máximo por Año del Certificado), SIN LIMITE DIARIO si es ingresado en un Hospital Super Especial, además de REDUCCION en el Deducible y el Co-Aseguro. El costo de habitación y comidas en el Hospital para uno de los padres cuando acompaña a un Asegurado menor de 18 años de edad. Máximo de US\$300 por día.	US\$144,000* por Asegurado SIN LIMITE DIARIO Por Asegurado, si es ingresado en un Hospital Super Especial 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado US\$54,000 Máximo por Año
El costo de cuidado intensivo (90 días máximo por Año del Certificado, sin exceder US\$2,000 por día). El costo de cuidado intensivo (90 días máximo por Año del Certificado) SIN LIMITE DIARIO si está ingresado en un Hospital Super Especial, además de REDUCCION en el Deducible y el Co-Aseguro. El costo de habitación y comidas en el Hospital para uno de los padres acompañando a un Asegurado menor de 18 años de edad. Máximo de US\$300 por día.	US\$180,000* por Asegurado SIN LIMITE DIARIO Por Asegurado, si es ingresado en un Hospital Super Especial 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado US\$27,000 Máximo por Año
* Estas cantidades representan el beneficio máximo pagadero si el Asegurado NO ES ingresado en un Hospital Super Especial. Este beneficio estará sujeto al Deducible y al Co-Aseguro.	
El costo de cirugía, honorarios de anestesta; diálisis, pruebas de Laboratorio, Rayos-X, medicinas y dispositivos prescritos por un médico o especialista, administrados mientras el Asegurado esté registrado como paciente interno en un hospital.	100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado por Asegurado

Maternidad En el país de residencia: El costo de parto normal, incluyendo consultas pre-natales, parto y cuidado post-natal: El parto por Cesárea está cubierto como una operación si es médicamente necesaria: La Cesárea electiva está cubierta como un parto normal: Fuera del país de residencia: El costo de parto normal, incluyendo consultas pre-natales, parto y cuidado post-natal: El parto por Cesárea está cubierto como una operación si es médicamente necesaria: La Cesárea electiva está cubierta como un parto normal: Costo de maternidad como resultado de inseminación artificial: NO SE APLICARA DEDUCIBLE A CERTIFICADOS CON DEDUCIBLES DE HASTA US\$1,000 El costo de cargos por complicaciones médicas relacionadas con el embarazo, el parto y un máximo de seis (6) semanas post parto. Este beneficio aplica a la madre solamente. La madre y el padre deben haber estado continuamente cubiertos por este certificado no menos de 10 meses para ser elegible para este beneficio.	US\$ 6,500 por embarazo US\$ 8,000 por embarazo US\$ 6,500 por embarazo US\$ 6,000 por embarazo US\$ 10,000 por embarazo US\$ 6,000 por embarazo US\$ 5,000 por embarazo US\$35,000 por embarazo
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cobertura del Recien Nacido para Trastornos o Enfermedades Congénitas, Condiciones Hereditarias y Nacimiento Prematuro El costo del tratamientos relacionados con defectos del nacimiento, Trastornos o Enfermedades Congénitas, condiciones hereditarias y nacimiento prematuro durante los primeros seis meses (6) después del nacimiento si nace bajo una maternidad cubierta. El recién nacido está cubierto automáticamente por los primeros cuarenta y cinco (45) días después del nacimiento si nace bajo una Maternidad cubierta. Para continuar con la cobertura pasados los cuarenta y cinco (45) días después del nacimiento el Recien Nacido tiene que ser adicionado a esta póliza en un plazo no mayor de cuarenta y cinco (45) días después del nacimiento. <i>Vea las Provisiones y Definiciones para agregar a un recién nacido a esta Póliza.</i>	US\$30,000 Máximo Por embarazo
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

<p>Trastornos o Enfermedades Congénitas, Condiciones Hereditarias y Nacimiento Prematuro (Cobertura si el recién nacido es adicionado a esta póliza durante los primeros cuarenta y cinco (45) días y nacido bajo una maternidad cubierta) La cobertura pasado los seis (6) meses después del nacimiento, para el costo de los tratamientos relacionados con defectos del nacimiento, Trastornos o Enfermedades Congénitas, condiciones hereditarias y nacimiento prematuro. <i>Vea las Provisiones y Definiciones para agregar a un recién nacido a esta Póliza.</i></p>	<p>US\$250,000 Por Asegurado Por Vida</p>
<p>Trastornos o Enfermedades Congénitas Los Trastornos o Enfermedades Congénitas están cubiertos si se manifiestan primeramente después de los dieciocho (18) años de edad del Asegurado respectivo, y mientras esté cubierto por esta póliza. Entonces se cubrirán como cualquier otra enfermedad.</p>	<p>Hasta el Beneficio Anual Máximo de la póliza</p>
<p>Cuidado Médico en el Hogar: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos</p>	
<p>El costo de atención médica en el hogar por un enfermero(a) licenciado(a). Debe ser aprobado por American Medical Services antes de recibir cualquier servicio –US\$300 (Máximo de 30 días por año)</p>	<p>US\$9,000 Máximo, Todo Incluido Por Asegurado</p>
<p>Rehabilitación: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos</p>	
<p>El costo de rehabilitación médica prescrita por un médico, en un centro aprobado por American Medical Services antes de recibir el tratamiento, después de una hospitalización cubierta –US\$400 por visita. Todo incluido. (Máximo de 30 días por año)</p>	<p>US\$12,000 Máximo Todo Incluido, por Asegurado</p>
<p>Beneficios Ambulatorios en Hospital o Clínica: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos</p>	
<p>El costo de tratamiento en salón de emergencia debido a un Accidente o Enfermedad, por Asegurado: El costo de tratamiento dental de emergencia debido a un Accidente después de una hospitalización cubierta y dentro de las 72 horas de suceder dicho Accidente, por Asegurado:</p>	<p>100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado 100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado</p>
<p>Cargos Ambulatorios No Hospitalarios: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos</p>	
<p>Cirugía Reconstructiva Costo de Cirugía Reconstructiva, medicamento necesaria como paciente externo.</p>	<p>US\$15,000 de por vida por Asegurado</p>
<p>Cirugía Ambulatoria El costo de Cirugía Ambulatoria en un Hospital, Clínica o consultorio médico</p>	<p>100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado por Asegurado</p>
<p>Otros Beneficios Ambulatorios No Hospitalarios:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - El costo de consulta con un Médico o Psiquiatra – US\$80 por visita (máximo de 30 por Año del Certificado): - El costo de tratamiento de Quiroprácticos o Fisioterapeutas –US\$70 por tratamiento (máximo de 30 por Año del Certificado): - El costo de CAT scans, MRI scans, y Ecocardiograma: - El costo de Endoscopia; i.e. Gastroscopia, Colonoscopia y Cistoscopia: - El costo de una Mamografía por Año del Certificado para las mujeres Aseguradas (Este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario): - El costo de un examen PSA por Año del Certificado para los hombres Asegurados (Este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario): - El costo de Rayos-X: - Pruebas de Laboratorio: - Radiación o Quimioterapia administrada durante una hospitalización o tratamiento ambulatorio, si es administrado en una de las instituciones asignadas por el Administrador: - Radiación o Quimioterapia administrada durante una hospitalización o tratamiento ambulatorio si NO es administrado en una de las instituciones asignadas por el Administrador: - El costo de un examen general de salud. Este beneficio no está disponible hasta después del primer aniversario del Certificado y aplica para el asegurado principal y su esposo/a solamente: - El costo de prescripciones médicas prescritas por un Doctor a un Asegurado: - Dialisis por fallo renal 	<p>US\$2,400 Máximo, por Asegurado</p> <p>US\$2,10 Máximo, por Asegurado</p> <p>US\$700 por Examen, por Asegurado US\$700 por Examen, por Asegurado US\$150 –No Deducible</p> <p>US\$150 - No Deducible</p> <p>US\$400 por Examen, por Asegurado US\$400 por Examen, por Asegurado HASTA LIMITES DE COBERTURA Por Asegurado</p> <p>US\$5,000 por mes todo Incluido US\$60,000 Máximo por Certificado, por Año US\$200 Máximo por Certificado, por Año No aplica deducible</p> <p>US\$500 por Asegurado</p> <p>100% de lo Usual y Acostumbrado por Asegurado</p>
<p>Transplantes de Organos Humanos: Cargos Cubiertos y Servicios Cubiertos</p>	
<p>Los costos de procedimientos realizados para Transplante de Organos No cubre el costo de transporte o mantenimiento del órgano.</p>	<p>US\$500,000 Máximo por Asegurado Todo Incluido</p>
<p>Transporte de Emergencia</p>	
<p>El costo de Transporte Terrestre de emergencia incurrido necesariamente en conexión con los eventos cubiertos por este seguro, en el país donde ocurra el evento.</p>	<p>100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado</p>
<p>El costo de Transporte Aéreo de emergencia y gastos relacionados (ver al final) para el transporte al centro más cercano donde existan las facilidades médicas adecuadas. (Debe ser médicamente necesario). El Administrador retiene el derecho a decidir el hospital al cual se transportará a la persona Asegurada. <i>Vea Provisiones y Definiciones del Certificado para detalles completos.</i></p>	<p>100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado</p>

El costo de transportar el cadáver o cenizas de un Asegurado fallecido a su País de Residencia usual o País de nacionalidad.	100% de lo Usual, Razonable y Acostumbrado
Cobertura Temporal para Accidente	
Durante el proceso de emisión del Certificado, todos los Asegurados propuestos recibirán cobertura para todos los gastos médicos incurridos causados por lesión física accidental. Este beneficio está sujeto al Deducible y el Co-Aseguro seleccionados. <i>Vea la página 8 del Certificado para detalles completos.</i>	US\$25,000 Máximo Por Certificado
Deducibles y Co-Aseguro	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deducible: El Deducible seleccionado aplicará por Asegurado, por Año del Certificado. Máximo de dos Deducibles si hay más de dos Asegurados en este Certificado. 2. Co-Aseguro: Co-Aseguro de 20% aplicará a los primeros US\$5,000 en reclamaciones incurridas fuera del país de residencia. Co-Aseguro de 30% aplicará a cargos cubiertos a cualquier asegurado que no haya estado admitido en un hospital fuera de la Red Elite, después que el Deducible y el Co-Aseguro sean aplicados. 3. Las reclamaciones que ocurran en un Hospital Super Especial recibirán una REDUCCION de hasta US\$1,000 en el Deducible y hasta US\$1,000 en el Co-Aseguro del Asegurado. 	
Beneficios Adicionales	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Para atención médica en un Hospital Super Especial en el Sur de la Florida, se proveen los siguientes beneficios adicionales: <ol style="list-style-type: none"> a) Reembolso del pasaje aéreo hasta un máximo de US\$500 si la atención se recibe en un Hospital Super Especial y la reclamación es pagadera de acuerdo con los beneficios del certificado. b) Hasta 50% de descuento para tratamiento de Condiciones Pre-Existentes declaradas y excluidas en este seguro. 2. Los medicamentos específicos o el tratamiento usado como alternativo a una hospitalización se cubrirán cuando sean aprobados por escrito y por adelantado por el Administrador. Para aprobación, una copia de la receta médica o tipo de atención médica debe presentarse al Administrador por adelantado. Los recibos originales desglosados deben adjuntarse a cualquier reclamación. 	
Transporte Aéreo de Emergencia	
<p>El costo de alojamiento diario para un acompañante durante el tratamiento del Asegurado se paga a US\$200 por día, por un máximo de 5 días. El costo de pasaje aéreo en clase económica para un acompañante del Asegurado.</p> <p>El costo del boleto aéreo en clase económica para el viaje de regreso del Asegurado solamente, si se certifica como totalmente recuperado.</p> <p>El Administrador, American Medical Services, o el asignado, retendrán el derecho a decidir el lugar para el tratamiento.</p> <p>Esta cobertura está sujeta a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Que el Asegurado cumpla con las instrucciones del Administrador, American Medical Services, o su asignado. 2- Que el tratamiento necesario no esté disponible en el país donde ocurra el evento. 	
Pérdida de Uso por Accidente:	
Si el asegurado principal o cónyuge (si estuviere incluido en este certificado) pierde el uso de: 1) Una Mano o ambas, or 2) Un Pie o ambos, o 3) Un Brazo o ambos, 4) Una Pierna o ambas, o 5) Vista de Ambos Ojos debido a un accidente durante el tiempo que esta Póliza estvo vigente. <i>Vea Provisiones y Definiciones del Certificados para detalles completos.</i>	US\$ 3,000 Máximo por Mes por 36 meses

ADMINISTRACION DE LA POLIZA

La Póliza, Provisiones y Definiciones, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Solicitud para Cobertura, Sección de Transplante de Organos (si existe) y cualesquiera Enmiendas o Endosos adjuntos al contrato, constituyen el contrato completo entre las partes. La versión en inglés será la oficial y los términos de la versión en inglés mantendrán el control.

AUTORIDAD

Ningún agente, corredor de seguros, o persona alguna, tiene autoridad para cambiar el certificado o eliminar ninguna de sus provisiones. Ningún cambio en el certificado será válido a menos que esté aprobado por escrito por los Aseguradores o el Administrador, y dicha aprobación esté endosada en el certificado, o por enmienda firmada por un oficial del Administrador.

REPRESENTACION

El corredor o agente que vendió esta póliza es representante del Asegurado y actúa a su favor, y no a favor de la Compañía o Morgan-White Administrators International Inc. Ni la Compañía, ni Morgan-White Administrators International, Inc., pueden ser considerados responsables de ninguna circunstancia si el corredor o agente que vendió esta póliza deja de transmitir o comunicar, ahora o en el futuro, cualquier documentación o fondos de Morgan-White Administrators International, Inc. al Asegurado y/o cualquier documentación o fondos del Asegurado a Morgan-White Administrators International Inc.

NOTIFICACION DE CUALQUIER ATENCION MÉDICA

- 1) El Asegurado debe comunicarse con el Administrador al menos quince días (15) antes de cualquier ingreso hospitalario programado, de acuerdo a lo estipulado en la página cinco (5) de este documento relacionado al proceso de Pre-Certificación.
- 2) El Asegurado debe comunicarse con el Administrador al menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquiera cirugía ambulatoria medicamente necesaria.
- 3) El Asegurado debe comunicarse con el Administrador durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de una hospitalización debido a una emergencia, de acuerdo a lo estipulado en la página cinco (5) de este documento relacionado al proceso de Pre-Certificación.

Si el Asegurado dejara de comunicarse con el Administrador, será responsable del treinta por ciento (30.00%) de todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos relacionados con la reclamación, además del Deducible y del Co-Aseguro, si son aplicables.

PAGO DE RECLAMACIONES

Los Aseguradores harán todos los pagos de reclamaciones directamente al Asegurado. Si el Asegurado asignara los beneficios de esta póliza a algún proveedor de servicios, el pago será hecho directamente a ese proveedor. Dichos pagos se harán de acuerdo a la Provisión de Servicios Cubiertos en la página nueve (9), párrafo diez y seis (16) de este Certificado. El someter una reclamación fraudulenta será razón para cancelación del certificado por los Aseguradores.

GARANTIA DE PAGO AL HOSPITAL Y PRE-CERTIFICACION DEL INGRESO AL HOSPITAL

Antes de una admisión o ingreso al Hospital, usted debe pre-certificar su admisión o ingreso de la forma siguiente:

1. En caso de ingreso al hospital, que no es de emergencia, el asegurado o el médico tratante que lo ingresa debe contactar al Administrador con un mínimo de quince (15) días antes del ingreso al hospital para certificar la admisión basada en una necesidad médica probada. El Administrador debe recibir los archivos médicos completos del médico tratante.
2. En caso de emergencia, el hospital al cual el Asegurado es ingresado debe contactar al Administrador dentro de cuarenta y ocho (48) horas del ingreso o admisión, sin importar que dicho individuo haya sido dado de alta o no.
3. En cualquier caso de Hospitalización, el Administrador debe recibir un reporte médico que incluya el reporte de ingreso al Hospital, diagnóstico, tratamiento requerido y supuesta fecha del alta. De requerir cirugía, el Administrador necesitará los reportes del cirujano y del anestesista.
4. Cuando notificado por adelantado, el Administrador enviará una garantía de pago al Hospital donde usted se va a hospitalizar, si el reclamo es admisible de acuerdo a los términos del certificado. Los Aseguradores entonces pagarán la reclamación directamente al hospital. El incumplimiento de lo expuesto resultará en reducción de beneficios. (Vea Exclusión Específica número 38).
5. El Administrador se reserva el derecho de no emitir una pre-certificación en los casos en los que se necesita más información médica o si la pre-certificación no fue solicitada en el tiempo estipulado en este Certificado.

COORDINACION DE BENEFICIOS

La persona asegurada no tiene derecho a recibir pagos duplicados de beneficios de este certificado además de otros proveídos bajo cualquier otro plan de seguro o beneficios. Cuando exista otra póliza que provee beneficios también cubiertos por este certificado, todas las reclamaciones deberán ser hechas primeramente contra la otra póliza. Este certificado sólo entonces pagará beneficios, sin exceder el 100% de la reclamación, cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido agotados. La Compañía tienen pleno derecho a subrogación. Si la cobertura del seguro primario para una reclamación no llega a la cantidad del deducible seleccionado de este certificado, este certificado no incurrirá en ninguna obligación de pago. Si por cualquier razón el seguro primario rechaza una reclamación, este certificado no pagará ningún cargo hasta que el seguro primario asuma su responsabilidad de pago.

PRUEBA DE RECLAMACION

Las pruebas de pérdidas deben ser enviadas a Morgan-White Administrators International, Inc., 3191 Coral Way, Suite 704, Miami, Florida, 33145, USA, o a una oficina de reclamaciones designada por los Aseguradores en su área local, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de dicha pérdida. La falta de someter prueba de una reclamación dentro de los ciento ochenta (180) días de su ocurrencia servirá para invalidar la reclamación. Los recibos originales desglosados y prueba de pago deben acompañar al formulario de reclamación de Morgan-White. Las fotocopias de recibos no son aceptables. Las tasas de cambio de moneda usadas para pagos que no sean en dólares de los EUA se harán de acuerdo con las tasas de cambio citadas en El Wall Street Journal al momento en que la reclamación, debidamente documentada, ocurrió. La Compañía puede cambiar los procedimientos administrativos mediante aviso por escrito.

RECHAZO A REPATRIACION

La Compañía se reserva el derecho de repatriar a un Asegurado a su País de Residencia De Facto en consulta con el médico tratante. El negarse a cumplir con la solicitud de transferencia absolverá a la Compañía de cualquier responsabilidad y la cobertura cesará.

SUBROGACION

En caso de que usted incurra en gastos médicos como resultado de negligencia, acto indebido o responsabilidad de otra persona, los Aseguradores tienen el derecho a recuperar y ser reembolsados por cualquier pago de reclamación que se haya hecho a su favor, hasta que usted haya recuperado el costo parcial o total de la tercera persona culpable por dichos gastos médicos. Este derecho es conocido como subrogación. Los Aseguradores tienen el derecho a proceder, asumiendo los costos, a nombre de la Persona Asegurada, contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo este certificado, o que puedan ser responsables de proveer indemnización o beneficios similares a los de este seguro. Los Aseguradores tienen plenos derechos a subrogación.

EXAMENES FISICOS

La Compañía, asumiendo los costos, tendrán el derecho y oportunidad de examinar a cualquier Asegurado cuya dolencia o enfermedad sea la razón de una reclamación, cuando y tan a menudo como sea razonablemente requerido durante la mientras una reclamación esté pendiente. La Compañía tendrá el derecho y oportunidad de requerir una autopsia en caso de muerte, cuando no sea prohibido por la ley o prácticas religiosas. El Asegurado hará accesible a la Compañía todos los reportes y archivos médicos, y cuando se le requiera, firmará todas las planillas de autorización necesarias para dar a La Compañía un historial médico total y completo. La negación de su médico u hospital a facilitar todos los reportes médicos y archivos a La Compañía, pudiera causar que una reclamación válida sea rechazada o cerrada debido a falta o limitación de respuesta de los proveedores médicos del Asegurado.

DISPUTAS Y ACCIONES LEGALES

Las partes acuerdan que cualquiera, y todas las disputas, reclamaciones, o controversias que surjan de, o se relacionen con esta póliza, o su supuesta violación, que no sean resueltas por las partes contratantes, será sometida a arbitraje final y obligatorio. Dicho arbitraje deberá ser conducido en la Ciudad de Hamilton, Bermuda, de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación de Arbitraje Americana, y el enjuiciamiento o cualquier concesión rendidos en dicho arbitraje podrá ser archivado en cualquier corte estatal o federal en dicha ciudad. Dicho arbitraje será el único remedio para cualquier disputa, reclamación o controversia sobre este certificado. Las notificaciones con respecto a dicho arbitraje y tramitación en cualquier proceso judicial relacionado, puede ser servido por entrega personal, o correo registrado o mensajero a la atención de La Compañía, y al Asegurado a la dirección más reciente que aparezca en los archivos de La Compañía, con el mismo efecto que si se hubiera entregado personalmente, enviado por correo registrado o por mensajero en dicha Ciudad. El Asegurado debe registrar la solicitud para Arbitraje con La Compañía dentro de ciento ochenta (180) días del evento que cause la disputa, reclamación o controversia entre las partes envueltas. **La falta del Asegurado de enviar dicha notificación a La Compañía dentro del período de ciento ochenta (180) días, liberará a los Aseguradores de toda responsabilidad en la disputa, reclamación o controversia.** La responsabilidad de La Compañía en dicho arbitraje estará limitada a las cantidades especificadas bajo este certificado, con los intereses y costos del procedimiento de arbitraje que los árbitros determinen. En ningún momento La Compañía será responsables por daños extras no contratados, ya sean de representación, sin limitación, como consecuencia, como ejemplo, punitivos o daños legales, por cualquier disputa, reclamación o controversia que surja de, o esté relacionada con esta póliza.

ELEGIBILIDAD

Las personas y su(s) dependiente(s) menor(es) de setenta y cinco (75) años de edad, son elegibles para este seguro. Este seguro no está disponible a ningún residente permanente de los Estados Unidos de América, a quien se le haya asignado un número de seguridad social (Social Security). Esta póliza no ha sido registrada ni aprobada por ninguna autoridad reguladora de seguros en los Estados Unidos de América.

LEY GOBERNANTE

Cualquier asunto relacionado a la interpretación de esta póliza incluyendo asuntos relacionados con la información del Asegurado en la solicitud para seguro, o la emisión de esta póliza, será resuelto de acuerdo a las leyes contractuales de Bermuda.

ELIMINACION

Si cualquier provisión de esta póliza no fuera ejecutoria, dicha provisión será considerada eliminada de las provisiones remanentes de esta póliza y dichas provisiones remanentes estarán y permanecerán en plena validez y efecto.

COMIENZO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos son pagaderos en la "Fecha Efectiva" indicada en el Certificado de Cobertura, para costos de cualquier condición médica que resulte de accidente o enfermedades contagiosas transmisibles. Ningún beneficio pagará los costos de cualquier otra condición médica que se manifieste dentro de noventa (90) días a partir de la fecha de vigencia del certificado. La Compañía puede elegir eliminar esta provisión mediante una enmienda al Certificado de Seguro, si existía una póliza de seguro médico internacional válida con otra compañía para la persona asegurada por un año continuo, que terminó no más de treinta (30) días inmediatamente antes de la fecha de vigencia de ese certificado. Esto está sujeto al recibo de la póliza original anterior y verificación por escrito de la fecha de terminación de la póliza anterior de la compañía previa. Los beneficios pagaderos bajo esta provisión del certificado estarán limitados a lo menor de los beneficios proveídos por esta póliza o la póliza anterior.

CONDICIONES DE RENOVACION

Esta póliza es un contrato anual que hasta su terminación, puede ser renovado en la Fecha de Pago como se explica a continuación:

- Si (1) no se ha emitido notificación de cancelación por cualquiera de las partes al menos un mes antes de la fecha de renovación.
(2) la prima antes de la fecha de vencimiento ha sido recibida por La Compañía.
(3) ninguna condición de este certificado ha sido violada por el Asegurado.

La Compañía, por medio del agente o corredor que le representa a Usted en su País de Residencia, ofrecerán renovar este seguro a tarifas y términos prevalentes en esa fecha para la Clase correspondiente. Usted puede renovar este seguro por internet, visitando el sitio web de MorganWhite Administrators International, Inc., en www.morganwhite.com, la renovación de este seguro por internet se considera como completado en Bermuda.

Dicha oferta puede ser aceptada mediante el pago de la prima de acuerdo a los términos de esta póliza. Al completarse el pago de cada renovación, se emitirá un nuevo Certificado de Cobertura como evidencia de que el seguro es válido.

La Compañía dispone que ningún Asegurado será penalizado individualmente con cancelación del seguro o aumento de tarifa debido a una historia pobre de reclamaciones. Cualquier cancelación de certificado o aumento de tarifa se hará solamente por clase de asegurados y no individualmente.

PAGO DE BENEFICIOS POR PERDIDA DE USO

Los beneficios mensuales por Pérdida de Uso Accidental se pagarán de la siguiente manera:

La Compañía pagará Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso a una Persona Asegurada cuando la Persona Asegurada haya satisfecho el Período de Espera y el Período de Eliminación de noventa (90) días. Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso no excederán el Beneficio Máximo por Pérdida de Uso mostrado en el Certificado de Cobertura y dichos pagos no excederán el Período Máximo de Beneficio de treinta y seis (36) meses si una Lesión Accidental causa que una Persona Asegurada sufra cualquiera de lo siguiente dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días después del accidente:

Pérdida del Uso de:

- 1) Una Mano o ambas;
- 2) Un Pié o ambos;
- 3) Un Brazo o ambos;
- 4) Una Pierna o ambas;
- 5) Vista de Ambos Ojos.

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Cuando la solicitud y la prima total son recibidas por el Administrador, hasta la fecha en que la póliza es emitida, o treinta (30) días a partir de la fecha que el Administrador recibe la solicitud, lo que suceda primero, La Compañía acuerda asegurar a todos los propuestos Asegurados para los gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental, hasta un beneficio máximo de US\$25,000 por certificado. Esta Cobertura Temporal de Accidente está sujeta y regulada por los respectivos términos, provisiones y exclusiones que serían aplicables si el certificado hubiera estado en vigor en la fecha del accidente del propuesto Asegurado. Este beneficio está sujeto al Deducible y al Co-Aseguro para el seguro seleccionado por el propuesto Asegurado.

Este beneficio no aplica si la solicitud es rechazada por cualquier razón. Las lesiones sostenidas en un accidente mientras la solicitud está siendo evaluada, no puede ser la única razón para rechazar una solicitud.

SPECIMEN

PROVISIONES Y DEFINICIONES DE LA POLIZA

Las siguientes provisiones y definiciones aplican a este certificado:

1. **ACCIDENTE:** Cualquier evento repentino e imprevisto causado por una causa externa que produce una lesión o daño físico.
2. **AMBULANCIA AEREA:** Vehículo aéreo tripulado por personal médico entrenado y medicamento equipado para el transporte de pacientes.
3. **TODO INCLUIDO:** Significa que este beneficio no se relaciona con otro beneficio de la Tabla de Beneficios. El beneficio máximo especificado es todo lo que aplicará a ese beneficio y todos los gastos incurridos se deducirán del máximo para el beneficio establecido.
4. **ENMIENDA:** Documento o cláusula añadida por el asegurador al certificado para aclarar, explicar o modificar la póliza.
5. **CARGOS DEL ANESTESIOLOGO:** Cargos hechos por un médico especialista en anestesia por la administración de la anestesia durante un procedimiento quirúrgico para el control del dolor. Vea la Provisión #51 para los límites en los cargos del anestesiólogo,
6. **SOLICITANTE:** Significa el individuo que ejecutó la solicitud para cobertura.
7. **CARGOS DEL ASISTENTE DEL CIRUJANO :** Cargos de un médico por asistir al cirujano principal durante un procedimiento quirúrgico. Vea la Provisión #51 para los límites en los cargos del asistente del cirujano.
8. **AÑO CALENDARIO:** Significa un período de doce (12) meses consecutivos, comenzando el 1ro de Enero y terminando el 31 de Diciembre de cualquier año.
9. **AÑO DEL CERTIFICADO:** Significa un período de doce (12) meses consecutivos comenzando en la “Fecha Efectiva” del Certificado.
10. **EDAD MAXIMA PARA COBERTURA DE NIÑOS:** Los niños están cubiertos hasta los dieciocho (18) años de edad si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo en un colegio o universidad acreditados, y reciben más del cincuenta (50%) por ciento de ayuda financiera del Asegurado.
11. **CLASE:** Significa la agrupación de todas las pólizas del mismo tipo, incluyendo, pero no limitada a: beneficios, deducibles, fecha de inicio de la póliza, edad, grupo, área geográfica, o una combinación de todos.
12. **QUIMIOTERAPIA:** Es el tratamiento de cáncer con drogas antineoplásicas o una combinación de dichas drogas en forma de tratamiento estandarizado.
13. **CO-ASEGURO:** significa la porción de las facturas médicas que un asegurado debe pagar cada Año del Certificado. El porcentaje de Co-Aseguro está especificado en cada Certificado.
14. **TRASTORNOS O ENFERMEDADES CONGENITAS:** Significa cualquier trastorno o enfermedad que existe al momento del nacimiento o antes, sin importar su causa, ya sea o no manifestado o diagnosticado al nacimiento, después del nacimiento, o años más tarde.
15. **ENFERMEDADES CONTAGIOSAS TRANSMISIBLES:** Significa enfermedades infecto contagiosas en las que el agente infeccioso causante puede pasar de persona a persona de forma directa o indirecta a través de objetos inanimados o vectores y con la capacidad de producir crisis epidemias o pandémicas; excluyendo las enfermedades de transmisión sexual.
16. **CARGOS CUBIERTOS:** Significa cargos por servicios médicos, que a juicio de La Compañía son pagaderos de acuerdo a los términos de esta póliza y no son excesivos para los cargos cubiertos. El pago se basa en una (1), o una combinación de los siguientes:
 - 1) Un costo negociado, basado en servicios proveídos;
 - 2) Un precio fijo por día; o servicios como esta detallado en la Tabla de Beneficios;
 - 3) El costo Usual, Razonable y Acostumbrado por servicios de proveedores que realizan servicios similares a los cubiertos
 - 4) Las reclamaciones incurridas en un Hospital de la Red (Network), pagadas directamente al Hospital por un Asegurado, serán reembolsadas al precio negociado con el Hospital de la Red, pero nunca excederán la cantidad pagada por el Asegurado.

17. **SERVICIOS CUBIERTOS:** Servicios por los que serán pagados beneficios, cuando son brindados por un proveedor que actúa dentro del campo de su licencia profesional. A fin de considerar un servicio como cubierto, los costos deben ser incurridos mientras su cobertura está vigente.

18. **CIRUGIA COSMETICA:** Significa una cirugía realizada para reformar estructuras normales del cuerpo, o corrección quirúrgica de un defecto físico, a fin de mejorar la apariencia y auto-estima del paciente; el Asegurador se reserva el derecho de hacer la determinación final si un procedimiento quirúrgico es considerado reconstructivo o cosmético.

19. **PAIS DE RESIDENCIA:** significa el País de Residencia del Asegurado. El País de Residencia debe ser declarado en la solicitud para cobertura. Si el Asegurado cambia su País de Residencia, debe notificarlo al Administrador inmediatamente. Lo contrario puede resultar en la invalidación o terminación de cobertura. Si un Asegurado vive más de ciento ochenta (180) días en un año calendario en un país distinto al País de Residencia declarado en su solicitud para cobertura, el país en el cual ha residido los ciento ochenta (180) días se convierte en su País de Residencia Defacto.

20. **MONEDA:** Significa que todos los pagos relacionados con esta póliza son en Dólares EUA, a menos que se haya establecido de manera diferente.

21. **CUIDADO DE CUSTODIA:** Significa asistencia con las actividades de la vida diaria, que puede ser proveída por personal sin entrenamiento médico o de enfermería, incluyendo pero no limitados a baño, vestido, aseo personal, alimentación, etc.

22. **SERVICIOS DIAGNOSTICOS:** Significa pruebas medicamente necesarias y aprobadas por la FDA para el diagnóstico y/o tratamiento de condiciones médicas/ enfermedades.

23. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad específica seleccionada por el solicitante que constituye su responsabilidad monetaria inicial en el momento que ocurre la pérdida. El Deducible Seleccionado será aplicado por Asegurado, por Año del Certificado, de acuerdo con la cantidad declarada en el Certificado de Seguro, el número máximo de Deducibles por familia durante un (1) Año del Certificado será dos (2).

24. **PAIS DE RESIDENCIA DE FACTO:** Significa el país declarado en la solicitud de cobertura, pero si un asegurado reside en otro país durante ciento ochenta (180) días en un Año Calendario sin regresar al País de Residencia declarado en la solicitud original para este seguro, el país más reciente se convertirá en su país de Residencia Defacto. Si el País de Residencia DeFacto se convirtiera en los Estados Unidos de América, el tratamiento para cualquier gasto médico cubierto debe ser administrado sólo en Hospitales Super Especiales. De necesitar una consulta con un médico general, el reembolso se hará hecho sólo si el médico es parte de la Red de Doctores de la Compañía. Si por alguna razón el tratamiento no es rendido en un Hospital Super Especial o un Médico de la Red durante el tiempo en que su País de Residencia es los Estados Unidos de América, su Deducible Fuera del País se duplicará y se aplicará cincuenta por ciento (50%) de Co-Aseguro a todos los gastos médicos cubiertos.

25. **DEPENDIENTE(S):** Significa el cónyuge del Asegurado Primario, hijos solteros, hijastros solteros, hijos adoptivos solteros del Asegurado Primario o de su cónyuge, de quienes el Asegurado Primario o su cónyuge es guardian legal y que son menores de 18 años o 24 años sin son estudiantes a tiempo completo.

La cobertura para un niño recién adoptado continuará durante treinta (30) días, a menos que la asignación sea interrumpida con anterioridad a la adopción legal y el niño sea retirado de la asignación. Para cobertura después de los treinta (30) días, usted debe solicitar a los Aseguradores que agreguen al niño recién adoptado al Certificado. Esto requiere llenar una solicitud y puede también requerir prima adicional. Debe solicitarlo a los Aseguradores dentro del período de los treinta (30) días después de la asignación o registro de una orden judicial.

26. **PERIODO DE ELIMINACION:** Significa un período de días consecutivos en que una Persona Asegurada está continuamente Incapacitada antes que el Beneficio Mensual por Pérdida de Uso sea pagadero. El Beneficio Mensual por Pérdida de Uso no es pagadero durante el Período de Eliminación. La duración del Período de Eliminación se muestra en la Tabla de Beneficios. El Período de Eliminación comienza en el primer día de Incapacidad que ocurre después de la Fecha de Vigencia de este certificado y si el Período de Espera, si es aplicable, ha sido satisfecho.

27. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Significa el costo de tratamiento dental de emergencia y procedimientos necesarios para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos, que fueron perdidos o dañados en un accidente cubierto. Este tratamiento debe realizarse no más de treinta (30) días después de ocurrir el accidente.

28. **TRANSPORTE DE EMERGENCIA:** Significa la evacuación imperativa de un asegurado a la institución médica más cercana para cuidado médico inmediato.

a) Transporte Terrestre:

Significa el transporte a un Hospital en un vehículo terrestre equipado médicamente (ambulancia). El transporte cubierto incluye sólo esos casos donde el transporte de emergencia es proveído por un servicio de emergencia reconocido. Este beneficio será pagado al costo local del transporte.

b) Transporte Aéreo:

El transporte y gastos relacionados para llegar al centro más cercano donde se encuentren las facilidades médicas adecuadas. Este beneficio sólo aplica al Asegurado y no a miembros familiares del Asegurado Principal que no están cubiertos. La compañía de asistencia médica y los Aseguradores retienen el derecho a decidir el lugar a donde la persona asegurada debe ser transportada. Las siguientes provisiones aplican:

1) El transporte aéreo de emergencia debe ser considerado médicamente necesario y aprobado por Morgan White Administrator International, Inc. El transporte aéreo no será pagado a menos que sea aprobado por adelantado y coordinado por Morgan White Administrator International, Inc.

2) Médicamente necesario significa que el tratamiento no puede ser proveído localmente y el transporte por otros medios podría resultar en riesgo de la vida.

3) Morgan White Administrator International, Inc, los Aseguradores, y el Administrador, no serán responsables por demoras o restricciones en los vuelos debido a condiciones del tiempo, problemas mecánicos, oficiales gubernamentales, o del piloto, debido a condiciones operacionales. La organización contratada para proveer el servicio debe ser diligente al seleccionar personas y equipos para rendir el servicio requerido. En caso de usarse contratistas independientes, las organizaciones mencionadas anteriormente no serán responsables de ninguna negligencia o acto delictivo que resulte de dicho servicio. Si hubiera tratamiento disponible localmente, pero la persona asegurada decidiera tratarse en otra parte, los costos de transporte serán su responsabilidad.

29. **EXPERIMENTAL/ INVESTIGATIVO:** significan todos los servicios o suministros asociados con:

1) Tratamiento o evaluación diagnóstica que no es general y ampliamente aceptados en el ejercicio de la medicina en los Estados Unidos de América, o que no tienen evidencia de efectividad documentada en artículos de revisión de colegas en publicaciones médicas de los Estados Unidos de América. Para que el tratamiento o evaluación diagnósticos se consideren válidos, dichas publicaciones deben indicar que son más efectivos que otros disponibles; o si menos efectivos que otros tratamientos o evaluaciones diagnósticas disponibles, son más seguros o menos costosos;

2) Una medicina que no tiene aprobación para mercadeo de FDA (Food and Drug Administration).

3) Un dispositivo médico que:

a. No tiene aprobación de mercadeo de FDA.

b. Tiene aprobación de FDA bajo 21 CFR 807.81, pero no tiene evidencia de efectividad para el uso propuesto, y así está documentado en artículos de revisión de artículos de colegas en publicaciones médicas de los Estados Unidos de América.

Para que el dispositivo sea considerado efectivo, dichos artículos deben indicar que es más efectivo que otros dispositivos disponibles para el uso propuesto; o si menos efectivo que otros dispositivos disponibles, es más seguro o menos costoso. Los Aseguradores harán la decisión final de si el servicio o dispositivo es Experimental o Investigativo.

30. **PERIODO DE GRACIA:** Significa el período de tiempo después que el certificado caduca debido a falta de pago de la prima, durante el cual el Asegurado puede continuar su cobertura cuando el Administrador recibe el pago total de la prima en deuda. Los Aseguradores permitirán un Período de Gracia de treinta (30) días para primas pagadas anual y semi-anualmente, y diez (10) días para primas pagadas mensualmente.

31. **HOSPITAL:** Significa una institución que se dedica a proveer servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados quirúrgicos a pacientes enfermos o lesionados y que:

1. Es una institución debidamente licenciada.

2. Esta bajo la supervisión de un médico o médicos y recibe compensación por sus servicios.

3. Tiene departamentos organizados de medicina y cirugía mayor.

4. Provee servicio de enfermería las 24 horas del día por, o bajo la supervisión de enfermeras licenciadas.

Un hospital no es un balneario, hidroclínica, sanatorio, centro de rehabilitación, hogar de convalecencia u hogar para ancianos.

32. **RECLUSION HOSPITALARIA:** Significa que un Asegurado es admitido a un hospital bajo las órdenes de un médico para tratamiento médico por más de veinticuatro (24) horas (No incluye Cuidados en salas de Emergencias, Sala de Recuperación u Observación) La re-admisión a un hospital dentro de noventa (90) días de dado de alta de un hospital por la misma condición o relacionada con la misma, será determinada como continúa y que constituye una sola hospitalización.

33. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Significa tratamientos médicamente necesarios ordenados por un médico y administrados al asegurado en un hospital.
34. **TARJETA DE IDENTIFICACION:** Una tarjeta emitida por los Aseguradores que identifica a una persona y su familia como Asegurados, contiene el nombre del Asegurado Principal, lo identifica con un número, y puede contener información sobre la cobertura.
35. **LESION:** Significa daño físico de causa externa y que no es auto-infligido
36. **INGRESO:** Significa que un Asegurado es admitido a un hospital bajo las órdenes de un médico para tratamiento médico por más de veinticuatro (24) horas (No incluye Cuidados en salas de Emergencias, Sala de Recuperación u Observación)
37. **ASEGURADO:** Significa el individuo para quien se ha completado una solicitud o, en el caso de dependientes, esos individuos cuyos nombres han sido declarados en la solicitud y para quienes el comienzo de cobertura ha sido confirmado por la Compañía en el Certificado de Cobertura, a quienes se ha emitido una póliza, y para quien la prima ha sido pagada.
38. **SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS-X:** Incluye estudios de laboratorio y radiográficos médicamente necesarios y procedimientos de medicina nuclear usados para diagnosticar y tratar condiciones médicas. Los servicios de laboratorio y Rayos-X deben ser ordenados por un médico licenciado.
39. **EDAD LIMITE:** Significa el final del Año del Certificado en el cual el menor cumple dieciocho (18) años de edad; o si es un estudiante a tiempo completo en una institución educacional acreditada, el final del Año del Certificado al cumplir veinticuatro (24) años de edad.
40. **PERDIDA DEL USO:** Significa la Pérdida total e irrecuperable el Uso de una Mano o ambas, un Pié o ambos, un Brazo o ambos, o una Pierna o ambas de una Persona Asegurada, y dicha pérdida es considerada permanente y debida a una Lesión Accidental. Con referencia a los Ojos, significa la irrecuperable pérdida de la vista en ambos ojos de un Asegurado y dicha pérdida es considerada permanente debida a una lesión Accidental.
41. **MATERNIDAD:** Significa el estado de embarazo que incluye, prenatalidad, parto y hasta seis (6) semanas cuidados después del parto para la madre SOLAMENTE. Los beneficios no aplicarán: (1) si la madre y el padre del niño no están ambos nombrados en el Certificado de Seguro, a menos que la cobertura opcional para maternidad esté seleccionada y anotada en el Certificado de Seguro y (2) para embarazos donde la fecha del nacimiento del niño(s) está señalada al menos diez (10) meses después de la Fecha de Vigencia del Certificado.
42. **MEDICAMENTO NECESARIO:** Tratamiento, servicio, material o equipo médico el cual el administrador determina que es necesario y apropiado para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.
Un servicio, material o tratamiento será considerado no medicamento necesario si:
- Es proveído al asegurado, la familia del asegurado o el proveedor solo por conveniencia.
 - Excede el nivel de cuidado requerido para proveer un adecuado diagnóstico o tratamiento de la condición médica del asegurado.
 - Esta fuera de los estándares de la práctica médica, como lo establecen las normas profesionales.
43. **COBERTURA PARA EL RECIÉN NACIDO:** El recién nacido estará cubierto automáticamente durante los primeros cuarenta y cinco (45) días de su nacimiento, si nace bajo una maternidad cubierta. Para continuar cobertura después de los cuarenta y cinco (45) días, los Aseguradores requieren una solicitud y el certificado de nacimiento, y el pago de la prima apropiado. Si la solicitud y la prima adicional no se reciben dentro de los cuarenta y cinco (45) días del nacimiento, la cobertura para ese niño terminará.
44. **HOSPITALES y DOCTORES DE LA RED (“NETWORK”):** Es un grupo de proveedores que incluye hospitales y médicos contratados por los Aseguradores para rendir servicios médicos al Asegurado.
45. **TERAPISTA OCUPACIONAL:** Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta ocupacional es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.
46. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** significa tratamientos médicos proveídos al Asegurado sin ingreso en un hospital por una noche, o en ninguna otra institución para cuidados médico. Los servicios ambulatorios incluyen servicios realizados en un centro quirúrgico ambulatorio o salón de emergencia.
47. **TRANSPLANTES DE ORGANOS:** Significa procedimientos para transferir un órgano o tejido (limitado a corazón, corazón/pulmón, pulmón, hígado, riñón y páncreas) tomados de un cuerpo humano para transplantar en el mismo u otro individuo.

48. **FECHA DE PAGO:** Es la fecha en que se debe pagar la prima del certificado, según establecido en el Certificado de Seguro.

49. **FARMACIA:** cualquier establecimiento licenciado por el estado en que opera para dispensar medicamentos. En caso de que el establecimiento se encuentre fuera de los E.U.A., debe estar aprobado por las autoridades pertinentes de ese país.

50. **TERAPISTA FISICO:** Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta físico es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

51. **MEDICOS o DOCTORES:** Son personas licenciadas para ejercer medicina y cirugía en el país donde provee tratamiento médico, que actúan dentro del campo de su profesión. Médicos Asistentes o Cirujanos Asistentes son médicos que asisten en operaciones quirúrgicas, pero sólo cuando un asistente cirujano es médicamente la cobertura está limitada a lo menor de:

- (a) 20% de los honorarios Usuales, Razonables y Habituales para el cirujano, o
- (b) 20% de los honorarios cobrados por el procedimiento quirúrgico, o
- (c) tarifas especiales establecidas para un área o país, y aprobadas por los Aseguradores.

Los Aseguradores sólo pagarán el máximo de un (1) médico o cirujano asistente.

Los honorarios de anestesiistas están limitados a lo menor de los mismos costos mencionados para el cirujano asistente.

52. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES:**

1) DECLARADAS EN LA SOLICITUD: Significa cualquier condición médica que se manifiesta antes de la Fecha Efectiva del Certificado de Seguro o su Reinstalación. Si una condición pre-existente es propiamente declarada en la solicitud de seguro y dicha condición no es excluida o restringida por una enmienda, dicha pre-existencia tendrá cobertura después de haber estado asegurado por (12) doce meses continuos.

Pre-existencias son cualquier Lesión o Enfermedad que reúna las siguientes características: 1) Cualquier condición que haya causado que una persona buscara atención médica, diagnóstico, cuidado o tratamiento médico fue recomendado o recibido antes de la fecha de vigencia de esta póliza; 2) Cualquier condición la cual se manifestó, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento (incluyendo medicamentos) fue recomendado o recibido antes de la fecha de vigencia de esta póliza; 3) Gastos de Embarazo dentro de los (10) diez primeros meses de fecha de vigencia de esta póliza.

Las siguientes enfermedades que existan, se manifiesten, sean tratadas o se les haya recomendado tratamiento antes de o durante los primeros (180) ciento ochenta días de efectiva la póliza, son consideradas pre-existencias y están sujetas al período de espera de pre-existencias y otras limitaciones descritas arriba: cualquier condición de los senos, cualquier condición de la próstata, desórdenes del sistema reproductor, o condiciones de la espalda o la columna. **NOTA:** Cobertura para estas enfermedades o cirugías pueden estar limitados aun más de acuerdo al condicionado de pre-existencias o exclusiones de la póliza.

2) NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD: Los Aseguradores se reservan el derecho a asegurar a personas consideradas en buen estado de salud y ser un buen riesgo moral. Las Condiciones Pre-Existentes No Declaradas previenen a los Aseguradores de hacer una evaluación apropiada del riesgo. Como consecuencia, las Condiciones Médicas Pre-Existentes No Declaradas no están cubiertas y pudieran resultar en la negación de una reclamación médica y la cancelación o rescisión de esta póliza, o ambos. (Ver Exclusiones 9 y 34 de la Póliza.)

53. **PRESCRIPCIONES FACULTATIVAS:** Son las medicinas cuya venta y uso están legalmente restringidos a la orden de un médico y no incluyen artículos que pueda comprarse sin receta médica.

54. **PROTECCION CONTRA GASTOS MEDICOS INNECESARIOS:** Cuando los Aseguradores actúan basándose en las recomendaciones del Administrador de no pagar por atención y servicios que los consultores médicos del Administrador deciden que no fueron médicamente necesarios, es posible que el proveedor (hospital, médico, o ambos) trate de cobrar al Asegurado la porción sin pagar de la reclamación. Cuando esto sucede, los Aseguradores considerarán al Asegurado inocente. Considerar al Asegurado inocente significa que si en una corte judicial se determina que la decisión del Administrador estaba incorrecta, los Aseguradores asumirán la responsabilidad de pago del Asegurado por la atención médica en disputa, menos los Deducibles o Co-Aseguro y cargos no cubiertos por este certificado.

55. **REINSTALACION:** Significa que después que el Período de gracia caduca; los Aseguradores considerarán su reinstalación solamente después de recibir una solicitud para su reinstalación y el pago de la prima. El Certificado reinstalado cubrirá solamente aquellas pérdidas que resulten de lesiones sufridas después de la fecha de Reinstalación y las enfermedades que se manifieste no menos de diez (10) días después de la fecha de su Reinstalación.

No se aceptará solicitud para reinstalación si es recibida por los Aseguradores después de noventa (90) días después de la fecha de pago de la prima. Los Aseguradores se reservan el derecho a solicitar información médica y a emitir cualquier enmienda o endoso que consideren necesario.

56. **REQUERIMIENTO DE SEGUNDA OPINION QUIRURGICA:** Si un cirujano calificado recomienda que una persona asegurada se someta a un procedimiento quirúrgico que no es de emergencia, los Aseguradores se reservan el derecho a requerir que el individuo asegurado obtenga una Segunda Opinión Quirúrgica, por la cual los Aseguradores pagarán el cien por ciento (100%) del costo. Los arreglos para dicha Segunda Opinión Quirúrgica pueden hacerse comunicándose directamente con el Administrador. En caso de que la segunda opinión no sea afirmativa, los Aseguradores también pagarán por una tercera opinión. Si la segunda o tercera opinión confirma la necesidad de la cirugía propuesta, los beneficios para cirugía se pagarán de acuerdo con la Tabla de Beneficios, siempre y cuando la operación sea realizada por el cirujano original.

Si los Aseguradores requieren una Segunda Opinión Quirúrgica y la cirugía para un procedimiento que no es de emergencia se realiza sin primero obtener una opinión de confirmación, los beneficios para todos los cargos relacionados con la cirugía se reducirán o pudieran ser completamente rechazados. Los beneficios se pagarán al máximo del contrato para esos procedimientos quirúrgicos cuando no son de emergencia y se obtiene una segunda opinión quirúrgica afirmativa.

57. **CIRUGIA RECONSTRUCTIVA:** Significa cirugía realizada en estructuras anormales del cuerpo, causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades. Generalmente se realiza para mejorar una función, pero puede hacerse también para aproximarse a una apariencia normal. Los Aseguradores se reservan el derecho de hacer la determinación final de si el procedimiento quirúrgico es considerado reconstructivo o cosmético.

PERIODO DE ESPERA PARA PERDIDA DE USO: Significa el período de tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia del Certificado y termina noventa (90) días después. Ninguna reclamación se pagará por enfermedad que se manifieste y cause Incapacidad a un Asegurado durante este tiempo.

58. **TERAPEUTA DE RESPIRACION E INHALACION:** Significa una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Terapeuta de Respiración/Inhalación es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

59. **ENFERMEDAD:** Significa cualquier desviación o interrupción de la estructura o función normal de cualquier parte, órgano, sistema (o una combinación) del cuerpo, que se manifiesta mediante una serie de síntomas y señales características, cuya etiología, patología, y prognosis pueden ser reconocidos o desconocidos.

60. **PATOLOGO DEL HABLA y TERAPEUTA DEL HABLA:** Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Patólogo del Habla o Terapeuta del Habla es una persona certificada como tal por un organismo profesional apropiado.

61. **COMPAÑIA:** Significa AmFirst Insurance Company Ltd.

62. **USUAL, RAZONABLE y ACOSTUMBRADO:** Significa los cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados por servicios médicos en el área donde dichos servicios médicos son administrados. En ningún momento este certificado pagará una cantidad mayor que la Usual, Razonable y Acostumbrada en el área específica.

a. **Usual:** Cargos incurridos por servicios que son conmensurados con servicios o suministros similares en la misma área geográfica.

b. **Razonable:** Cargo que se adhiere al criterio anterior y que a juicio de los Aseguradores no es una cantidad excesiva por servicios o suministros similares, o un cargo que merece consideración especial debido a la complejidad del tratamiento en la opinión de un comité de revisión o consultor.

c. **Acostumbrado:** la cantidad cobrada por la mayoría de los proveedores en las mismas áreas geográficas por servicios o dispositivos similares y que es proporcional al valor y mérito de servicios similares.

Si, en ausencia de seguro, un proveedor acepta como pago total una cantidad menor que la Usual, Razonable y Acostumbrada, la cantidad menor será el máximo Usual, Razonable y Acostumbrado. La Compañía pagará la menor de la cantidad de cargos facturados o el Usual, Razonable y Acostumbrado.

63. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el período de tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia del Certificado y termina noventa (90) días después. Ninguna reclamación se pagará por enfermedad que se manifieste durante este tiempo.

64. **USTED, SU o FAMILIA:** significa el Asegurado Principal y/o cualquier Dependiente(s) incluido(s) en este certificado.

Condiciones Generales

1. La Póliza Matriz, el Certificado de Cobertura, la Solicitud para Cobertura, Sección de Transplante de Organos, Tabla de Beneficios, las Provisiones y Definiciones del Certificado, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, y cualesquiera Enmiendas o Endosos, constituyen el Contrato completo y debe leerse todo como un solo Contrato. Cualquier palabra o expresión a la cual se haya aplicado un significado específico en cualquier parte de la Póliza Matriz, el Certificado de Cobertura, Solicitud para Cobertura, Sección de Transplante de Organos, Tabla de Beneficios, Provisiones y Definiciones del Certificado, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, y cualesquiera Enmiendas o Endosos, deberá entenderse con ese significado específico dondequiera que aparezca.
 2. El Asegurado, incluyendo a cualquier persona a quien este seguro aplique, en todo momento deberá tomar precauciones razonables para prevenir accidentes, pérdidas o lesiones.
 3. La plena observación y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de este certificado en cuanto a cualquier acción a tomar, o el cumplimiento por el Asegurado, y la certeza de las declaraciones y respuestas en dicha solicitud, serán condiciones precedentes a cualquier responsabilidad de La Compañía para hacer cualquier pago bajo este certificado.
 4. Si cualquier reclamación bajo este certificado resultara ser fraudulenta en cualquier forma o si se usaran métodos o artificios fraudulentos, ya sea por el Asegurado o por cualquier persona actuando en su favor bajo esta póliza, todos los beneficios serán invalidados. Si algún proveedor de servicios médicos o medicamentos anteriores rehusara, no deseara, es incapaz, no puede localizar o proporcionar historiales médicos pasados del Asegurado después de presentársele la autorización del Asegurado para inspeccionar esos archivos, todos los beneficios bajo esta póliza serán invalidados y la póliza cancelada. Vea exclusión específica número cuarenta y dos (42).
- La Compañía se reserva el derecho a determinar si tienen suficiente información en la cual basar la validez de cualquier reclamación sometida, y la responsabilidad de proveer todos los archivos médicos a La Compañía es del Asegurado.
5. El certificado será anulado e invalidado a menos que La Compañía sean notificados de cualquier cambio del País de Residencia De Facto del Asegurado dentro de treinta (30) días del cambio. Todos los términos y condiciones están sujetos a revisión si cambiara el País de Residencia De Facto.
 6. Ni los Aseguradores, Morgan White International Inc, el Administrador, ni ninguno de sus agentes, serán responsables por la disponibilidad, resultado o calidad de cualquier atención médica, tratamiento o transporte, ni por la falta del Asegurado en recibir tratamiento médico.
 7. El representante legal de un Asegurado tendrá el derecho a actuar por un Asegurado que esté incapacitado o fallecido.
 8. En caso de que La Compañía cancele o en alguna forma invalide este certificado debido a la falta del Asegurado de declarar una historia médica pasada o Condiciones Pre-Existentes, La Compañía se reserva el derecho a recobrar del asegurado todos los costos y honorarios incurridos en investigar razonablemente esos asuntos no declarados totalmente. La recuperación puede ser lograda de cualquier manera legal, incluyendo la deducción de esos costos y honorarios de primas no usadas que de otra forma se debieran al Asegurado.
 9. Es condición de este seguro que el Asegurado debe firmar y fechar la planilla de autorización para obtener la información médica al someter una reclamación al Administrador para su consideración. La planilla de exoneración autorizará al Administrador a obtener historial médico de cualquier proveedor. Lo contrario resultará en pérdida de todos los beneficios de una reclamación que de otra forma serían pagaderos al Asegurado.
 10. Si un Asegurado o la Compañía cancela la póliza después de emitida, la Compañía devolverá la porción sin usar de la prima menos los honorarios y cualquier gasto pagado de la póliza. La porción sin usar de la prima se basa en el número de días correspondientes al modo de pago, menos el número de días que la póliza estuvo en vigencia. Los gastos de la póliza incluyen comisiones, manejo de reclamación y costos administrativos.
 11. Los beneficios pagaderos de acuerdo a las terminos y provisiones de esta cobertura, cesarán cuando muera el Asegurado, el cual, para propósito de esta cobertura, se define como el momento en que cese la función cerebral de la persona y el daño sea irreversible.

Exclusiones Generales

La Compañía no será responsable por ninguna consecuencia, ya sea directa o indirecta, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, ni conectada o como resultado de, o en conexión con:

- (I) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones guerreras (con guerra declarada o no), o guerra civil.
 - (II) Motín, disturbio, huelga, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, golpe militar o usurpación de poder.
 - (III) Cualquier acto de cualquier persona actuando a favor de, o en conexión con cualquiera organización con actividades dirigidas hacia el derrocamiento por fuerza de un gobierno establecido o de facto, o influenciar al mismo con terrorismo o violencia.
 - (IV) Ley Marcial o estado de sitio, o cualesquiera eventos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio (de ahora en adelante llamada "Ocurrencia" para propósitos de esta Exclusión).
 - (V) La comisión o intento de cometer una ofensa criminal, o provocar un asalto.
 - (VI) Cualquier consecuencia que suceda o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o cualesquiera otras), sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por o contribuida por, relacionada con, que surja de, o en conexión con alguna de las mencionadas ocurrencias, será considerada como una consecuencia por la cual La Compañía no será responsable bajo esta póliza, excepto hasta donde el Asegurado pueda probar que dicha consecuencia sucedió independientemente de la existencia de dichas condiciones anormales.
- En cualquier acción, pleito legal u otro procedimiento donde La Compañía alegue que por razón de esta exclusión cualquier consecuencia no está cubierta por el certificado, la responsabilidad de probar que dicha consecuencia está cubierta, será del Asegurado.
- (VII) Cualquier reclamación o consecuencia que suceda o surja de un accidente, incidente, o explosion nuclear.
 - (VIII) Cualquier reclamación o consecuencia que suceda o surja del empleo cuando existe Seguro de Compensación Laboral o Accidente Ocupacional escrito como tal, que está disponible o vigente para el Asegurado.
 - (IX) Cualquier reclamación relacionada con Responsabilidad del Empleador cuando está escrita como tal.
 - (X) Terrorismo nuclear, químico o biológico en cualquier forma causado o contribuido por un acto de guerra o terrorismo, que envuelve el uso o amenaza de distribución de cualquier arma o dispositivo nuclear, o agente químico o biológico.

Para propósito de esta exclusión, un acto de terrorismo significa una acción, incluyendo pero no limitada al uso y/o amenaza de fuerza o violencia, de una persona o grupo(s) de personas, ya sea actuando sola o a favor de, o en conexión con una organización(es) o gobierno(s), cometido por razones políticas, religiosas, ideológicas o propósitos similares, incluyendo la intención de influenciar cualquier gobierno y atemorizar al público o una sección del público.

Si La Compañía alega que por razón de esta exclusión cualquier reclamación no está cubierta por este seguro, la responsabilidad de probar lo contrario descansará en el Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS

Cualquier tratamiento o medicamento, o sus consecuencias, o costos relacionados con lo siguiente, no están cubiertos bajo este certificado, a menos que estén específicamente incluidos o cambiados en la Tabla de Beneficios:

1. Transporte de emergencia o gastos de repatriación incurridos sin la aprobación previa de Morgan White Administrators International Inc.
2. La cantidad del Deducible y del Co-Aseguro seleccionados, cuando se aplican por Año Póliza, por cada Asegurado.
3. Tratamiento de enfermedades mentales, demencias, enfermedad de Alzheimer's, psiquiátricas, psicológicas, o desórdenes de comportamiento y mantenimiento en un sanatorio mental.
4. Cirugía Cosmética o Cirugía Reconstructiva o tratamiento asociado, a menos que sea médicamente necesario y prescrito por un médico después de una cirugía cubierta o Accidente, o Lesión, y dentro de 12 meses de la cirugía, Accidente o Lesión cubiertos. Esta póliza no cubre cirugías para corregir desviaciones del tabique nasal, deformidades y patologías relacionadas a menos que haya sido causada por un accidente traumático, es de origen traumático y evidencia del trauma donde exista trazo de fractura es proveído al momento del accidente. La Compañía se reserva el derecho de tomar la decisión si el procedimiento quirúrgico es considerado reconstructivo o cosmético.
5. Cualquier operación o tratamiento pendiente al momento de comenzar la cobertura.
6. Todo Accidente o Lesión incurridos como resultado de un deporte riesgoso. Estos incluyen, pero no están limitados a: montañismo, alpinismo, paracaidismo, vuelos en balón, deslizamiento, buceo, carreras de cualquier forma (excepto a pié). Los deportes profesionales están excluidos, a menos que estén específicamente incluidos por una enmienda. Esto no incluye deportes vacacionales normales, tales como esquiar o esnorkel. Sin embargo, basado en la "Regla del Hombre Prudente," La Compañía rechazará reclamaciones cuando se determine que riesgo o negligencia fue un factor. Otros deportes también serán excluidos cuando envuelvan un alto riesgo debido a inexperiencia, falta de cuidado, o conocimiento de condiciones peligrosas.
7. Las lesiones físicas sufridas bajo la influencia de, o incapacidad, debida total o parcialmente a los efectos de licor o drogas intoxicantes, (a menos que sea ingerido como tratamiento prescrito por un médico, pero no para el tratamiento de adicción a drogas), o con un nivel de alcohol sanguíneo de 100mg por ciento, o se encuentra por encima del límite legal de consumo de alcohol dentro del país o jurisdicción donde ocurra el evento.
8. Reclamaciones o tratamiento relacionados con una Lesión auto-infligida a propósito.
9. Cualquier Condición Pre-Existente Declarada, defecto físico, enfermedad, condición médica, o enfermedades crónicas o recurrentes que existían antes de la fecha de comienzo del Asegurado en este seguro. Esta exclusión permanecerá en efecto hasta que el Asegurado haya estado asegurado continuamente bajo este plan por un (1) año, si la Condición Pre-Existente fué Declarada en la solicitud para cobertura y no está excluida de cobertura.
10. Cualquier reclamación por tratamiento dental u ortodóntico, excepto en caso de Accidente. Dicho tratamiento debe tomar lugar dentro de los treinta (30) días siguientes al Accidente.
11. Exámenes físicos de rutina, chequeos, exámenes generales y pruebas diagnósticas relacionadas que no están listadas en la Tabla de Beneficios. Esto incluye vacunas, mamografías profilácticas y PSA profilácticos.
12. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente de la muerte, lesión, enfermedad, gasto o deuda atribuible al Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) o enfermedad de VIH, incluyendo el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), y sus derivados mutantes o variaciones causadas, o ambos, sin importar la causa.
13. Tratamiento para el Síndrome de Fatiga Crónica incluyendo, pero no limitado a labor diagnóstica.
14. Tratamiento que no está científica o médicamente reconocido por los estándares de los Estados Unidos incluyendo, pero no limitado a, acupuntura y medicina homeopática. (A menos que esté incluido en la Tabla de Beneficios)
15. Reclamaciones y costos de tratamiento médico incurridos después de la fecha de vencimiento del certificado, incluyendo los resultantes de accidentes o enfermedades que ocurrieron durante el período vigente del Año del Certificado.
16. Cualquier costo que surja de tratamiento al Asegurado por lesión física o enfermedad por la cual la persona para quien se presenta la reclamación no está bajo el cuidado regular de un médico calificado, o que no está autorizado o prescrito por un médico calificado.
17. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o gasto al que el individuo podría tener derecho de gratis.
18. Cualquier porción de cualquier cargo que está en exceso de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para ese servicio o suministro en particular en el área donde se incurre.
19. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, esterilización reversiva, métodos anticonceptivos, cambio o implante de sexo, cualquier tratamiento por transformación sexual, malfuncionamiento sexual o sexo inadecuado.
20. Costo de embarazo fuera del matrimonio o cualquier tipo de aborto (y sus consecuencias) a menos que exista inminente peligro de muerte; pruebas y tratamientos relacionados con infertilidad.
21. Inseminación artificial o tratamiento de infertilidad.
22. Cualquier gasto, servicio o tratamiento de cualquier forma de suplemento alimenticio o alimento para aumentar de peso (a menos que sean necesarios para sostener la vida de una persona críticamente enferma), o para cualquier programa de control de peso, incluyendo programas de ejercicio, ya sea por obesidad o cualquier diagnóstico, o por dieta, inyección de cualquier fluido, o uso de medicamentos o cirugía de cualquier clase.

23. Cuidado podiátrico, incluyendo cuidado de los pies en conexión con callos, callosidades, pies planos, arcos débiles, pies débiles, o quejas sintomáticas de los pies o injertos de zapatos de cualquier tipo a menos que haya sido causada por un accidente traumático, es de origen traumático y evidencia del trauma donde exista trazo de fractura es proveído al momento del accidente.
24. Cualquier servicio o suministro que sea considerado experimental o de orientación investigativa por naturaleza, según los estándares de los Estados Unidos.
25. Cualquier cargo por tratamiento, servicio o suministro que no sean médicamente necesarios, incluyendo tratamientos profilácticos.
26. Tratamiento por un miembro familiar.
27. Enfermedades que se manifiesten durante los primeros noventa (90) días después del inicio de la Persona Asegurada o Dependiente(s) en este seguro, no están cubiertos durante la vida del certificado.
28. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente, incluyendo cualquier desorden relacionado al Virus del Papiloma Humano (VPH).
29. Exámenes de rutina de los ojos y oídos, refracción ocular, espejuelos, lentes de contacto, keratotomía radial o cualquier procedimiento para corregir los desórdenes de refracción, dispositivos auditivos o implantes auditivos (IMPLANTE COCHLEAR).
30. Servicios o tratamiento en cualquier institución de cuidado médico de largo plazo, balneario, hidroclínica, clínica para perder peso, sanatorios para descanso o cuidado de custodia, hogar de convalecencia u hogar para ancianos, que no es un hospital como se define en este certificado.
31. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con transplantes de órganos humanos en exceso de la cantidad mostrada en la Tabla de Beneficios.
32. Cualquier reclamación relacionada con el transplante de órganos mecánicos, artificiales, prótesis, o extremidades artificiales.
33. Cualquier reclamación relacionada con la compra o alquiler de equipo médico duradero fuera de un hospital, incluyendo, pero no limitado a: sillas de ruedas, muletas, tanques de oxígeno y caminadores.
34. Todos los tratamientos relacionados con Condiciones Pre-Existentes no declaradas, no están cubiertos durante la vida de este certificado.
35. Enfermedades como consecuencia de alcoholismo, abuso de drogas o adicción a cualquier sustancia, sin importar la causa, y sus consecuencias.
36. Tratamiento para cualquier condición secundaria a una condición ya excluida en este certificado.
37. Tratamiento o cargos relacionados a cualquier condición de la mandíbula o coyuntura mandibular, incluyendo, pero no limitada a anomalías de la mandíbula, y una condición conocida como "TMJ" o Síndrome Témporo-Mandibular a menos que haya sido causada por un accidente traumático, es de origen traumático y evidencia del trauma donde exista trazo de fractura es proveído al momento del accidente.
38. Cualquier tratamiento cubierto que exceda el sesenta por ciento (60%) de los gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, si el ingreso en un hospital no fué pre-certificado por el Administrador.
39. Cualquier tratamiento o atención médica relacionada con una Lesión o Accidente que ocurra cuando este viajando como pasajero registrado en una nave comercial programada regularmente.
40. Cualquier reclamación reembolsable por cualquier Seguro de Responsabilidad del Empleador, Compensación Laboral o cualquier cobertura de Accidente Ocupacional.
41. Cualquier disputa, reclamación o controversia, para la cual el Asegurado no ha presentado una solicitud para arbitraje dentro de ciento ochenta (180) días de la fecha en que el evento haya causado la disputa reclamación o controversia.
42. Cualquier reclamación que surja, en que el Asegurado o cualquier proveedor deja de proveer los archivos médicos pertinentes a la investigación de cualquier reclamación sometida.
43. Cualquier reclamación por embarazo o maternidad para cualquier Dependiente que no sea el cónyuge de un Asegurado.
44. Cualquier reclamación para beneficios (ya sea Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso o Beneficio de Suma Total), después de la fecha de aniversario del seguro, siguiente al cumplir el Asegurado setenta (70) años de edad.

ASISTENCIA PARA EMERGENCIAS Y LOS SIGUIENTES SERVICIOS SON PROVEÍDOS POR EL ADMINISTRADOR:

1. Información de Referencia Médica antes de Viajar: El Administrador facilitará al Asegurado Principal información médica antes de viajar a países y regiones, incluyendo médicos locales multilingües y direcciones o números de teléfonos de hospitales, o ambos.
2. Asistencia e Información Médica Mundial las 24 horas al día: Disponibilidad de cualquier Centro Médico de Emergencia mundial del Administrador, con personal médico multilingüe en servicio las 24 horas al día, con quienes puede comunicarse para evaluación y referencia. Las llamadas pueden ser hechas a cualquiera de los números listados para obtener los nombres de médicos o especialistas en cualquier área servida por el Administrador.
3. Evacuación de Emergencia: Cuando no hayan facilidades médicas adecuadas localmente, el Administrador procurará evacuación de emergencia bajo supervisión médica constante por los medios que sean necesarios para proporcionar el cuidado adecuado en una institución capacitada.
4. Repatriación Supervisada Médicamente: Cuando sea médicamente recomendable hospitalizar al Asegurado Primario cerca de su hogar, el Administrador hará los arreglos apropiados para repatriación bajo supervisión médica.
5. Repatriación de Restos Mortales: En caso del fallecimiento del Asegurado Primario, el Administrador rendirá toda la asistencia posible para obtener permisos y arreglar el retorno de los restos mortales.
6. Información sobre Embajadas y Consulados: El Administrador ofrecerá al Asegurado Primario información para comunicarse con embajadas y consulados mundialmente.
7. Asistencia con Documentos Perdidos: El Administrador asistirá para obtener reemplazos si el Asegurado Primario pierde importantes documentos mientras viaja – e.g. pasaporte, tarjetas de crédito.
8. Acceso Legal: Los Asegurados pueden llamar a cualquier Centro de Control de el Administrador para lograr acceso a abogados calificados disponibles durante horas regulares de trabajo. También asistirá para obtener fianzas en áreas donde dichas fianzas se emiten usualmente. El Asegurado Primario es responsable por los honorarios contraídos.
9. Asistencia con Reclamaciones: El Administrador asistirá al Asegurado Primario en coordinar procedimientos de reclamaciones en el extranjero con su programa de seguro.
10. Arreglos para Viaje de Emergencia de Familiar: El Administrador coordinará viaje de emergencia para miembro familiar del Asegurado que necesite unirse a un Asegurado Primario hospitalizado.
11. Retorno de Niños Menores: Si niños menores son dejados sin atención como resultado de un accidente del Asegurado Primario, enfermedad o muerte, el Administrador coordinará el viaje de regreso en pasaje de economía para ellos a su lugar de residencia. Acompañantes asistentes calificados también serán proporcionados cuando se requieran.

Notificación de Reclamaciones

En caso de que una Persona Asegurada sea hospitalizada sin emergencia, debe notificar a Morgan-White Administrators International, Inc., al menos 15 días antes del ingreso al hospital. En caso de hospitalización de emergencia, debe informar a Morgan-White Administrators International, Inc. dentro de 48 horas o, si no es posible, tan pronto como sea razonablemente posible. Cualquier otro evento que pueda resultar en una reclamación bajo este seguro, deberá ser notificado a las oficinas de Morgan-White Administrators International Inc., dentro de 30 días. Vea la dirección a continuación.

PARA PRE-CERTIFICAR, VERIFICAR COBERTURA, REPORTAR UN ACCIDENTE y/o PARA INFORMACION SOBRE MEDICOS AUTORIZADOS y/o HOSPITALES DE LA RED, y/o PARA INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES:

Morgan-White Administrators International, Inc.
3191 Coral Way - Suite 704
Miami, FL 33145 USA

Lunes a Viernes: 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Hora Este de EUA:

Teléfono: (305) 442-0899
Gratis en los EUA: 1 (800) 995-5335
Fax: (305) 442-0961
e-mail: intlclaims@morganwhite.com

NUMEROS DE TELEFONOS DE EMERGENCIA DURANTE FINES DE SEMANAS, DIAS FERIADOS O SI FUERA DE EUA, LLAMAR:

Morgan White Administrators International Inc.
Teléfono: (305) 476-0022
Fax: (305) 442-0961

Sección de Transplante de Organos

Tabla de Beneficios

Este certificado pagará 100% de los Cargos Cubiertos bajo esta Sección de Transplante de Organos, incurridos necesaria y razonablemente hasta la Cantidad Máxima Asegurada por vida de US\$500,000 por Asegurado, por reclamaciones que surjan de un Procedimiento de Transplante Cubierto, menos cualquier Deducible y Co-aseguro, si son aplicables, por los siguientes

Servicios de Transplante Cubiertos:

Procedimientos de Transplante Cubiertos:

Cualquiera de los siguientes transplantes de órganos y tejidos humanos médicamente necesarios:

1. corazón
2. corazón/pulmón
3. pulmón
4. hígado
5. pancreas
6. riñón/pancreas
7. riñón

Servicios de Transplante Cubiertos:

1. Servicios hospitalarios y ambulatorios.
2. Servicios médicos para diagnóstico, tratamiento, y cirugía para Procedimiento de Transplante Cubierto.
3. Servicios Diagnósticos.
4. Obtención de un órgano o tejido, incluyendo servicios administrados a un donante vivo de un órgano o tejido para procurar un órgano o tejido. Los servicios cubiertos están limitados a gastos de la adquisición en sí, y los beneficios están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.
5. Costos de transporte razonables y necesarios para viaje relacionado con el procedimiento de Transplante Cubierto para el receptor del transplante y un acompañante durante el Período de Beneficio. Los Beneficios de transporte están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.

Si el receptor es un menor, los costos de transporte para dos acompañantes pueden ser cubiertos. Los Beneficios de transporte están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.

Alojamiento razonable y necesario, y gastos de comidas incurridos por el receptor y su(s) acompañante(s), relacionados con el Procedimiento de Transplante Cubierto, durante el Período de Beneficio. Los Beneficios para alojamiento y comidas están sujetos a las cantidades mostradas en la Sección de Beneficios Máximos.

Los recibos desglosados en forma satisfactoria a los Aseguradores deberán ser sometidos por el Asegurado al presentar reclamaciones.

6. El alquiler de equipo médico duradero para uso fuera del hospital. Los cargos cubiertos están limitados al precio de compra del mismo equipo.
7. Prescripciones facultativas, incluyendo medicinas inmuno-supresivas.
8. Oxígeno.
9. Terapia del Habla, Terapia Ocupacional, Terapia Física, y Quimioterapia.
10. Vendas quirúrgicas y suministros.
11. Servicios y suministros relacionados con Altas Dosis de Quimioterapia, cuando son parte de un plan de tratamiento que incluye Quimioterapia en Altas Dosis.

Los Beneficios se pagan de la forma siguiente:

En una Institución de Transplante Participante.

100% de los Cargos Cubiertos para Servicios de Transplante Cubiertos en una Institución de Transplante Participante, con respecto al tipo de Procedimiento de Transplante Cubierto realizado. Sin embargo, los límites cubiertos y los beneficios pagados en ningún momento podrán exceder los Beneficios Máximos de la Sección de Transplante de Organos.

En una Institución de Transplante No-Participante.

Lo menor del 80% de los cargos facturados, o el 80% de las cantidades establecidas en la siguiente Tabla de Servicios de Transplante Cubiertos, realizados en una Institución de Transplante No-Participante, con respecto al tipo de Procedimiento de Transplante Cubierto realizado. Sin embargo, en ningún momento los límites cubiertos excederán los Beneficios Máximos de la Sección de Transplante de Organos.

Los nombres de Instituciones de Transplante Participantes están disponibles a través de:

Morgan-White Administrators International, Inc.
3191 Coral Way, Suite 704
Miami, FL 33145 USA
Tel: (305) 442-0899

Tabla de Transplante de Organos Humanos para Instituciones de Transplante No-Participantes:

Los Beneficios pagados son lo menor del 80% de los cargos facturados, o el 80% de las cantidades señaladas a continuación:

Procedimiento	Cantidades Máximas	
	No-EUA	EUA
Corazón	\$50,000	\$100,000
Corazón/Pulmón	\$50,000	\$100,000
Pulmón	\$50,000	\$100,000
Hígado	\$50,000	\$100,000
Páncreas	\$50,000	\$100,000
Riñón/Páncreas Simultáneos	\$50,000	\$100,000
Riñón	\$30,000	\$ 30,000

SPECIMEN

SECCION DE BENEFICIOS MAXIMOS

1. Transporte/Alojamiento/Comidas

El máximo de \$200.00 por día para alojamiento y comidas, por Procedimiento de Transplante Cubierto. US\$10,000 para todo el transporte, alojamiento y comidas por Procedimiento de Transplante Cubierto. Los recibos desglosados en forma satisfactoria a los Aseguradores deberán ser sometidos por el Asegurado cuando presenta reclamaciones.

2. Obtención de Organos

Los pagos de los Aseguradores por gastos de obtener el órgano o tejido de un donante no excederán las siguientes cantidades máximas por Procedimiento de Transplante Cubierto:

Corazón	US\$17,500
Corazón/Pulmón	US\$17,500
Pulmón	US\$17,500
Hígado	US\$22,500
Páncreas	US\$25,000
Riñón/Páncreas	US\$25,000
Riñón	US\$10,000

3. Máximo para todos los Servicios de Transplante Cubiertos:

La cantidad total en Dólares que los Aseguradores pagarán es \$500,000 por Asegurado, para todos los Servicios de Transplante Cubiertos, incluyendo el Procedimiento de Transplante Cubierto bajo este Contrato, o cualquier contrato o certificado para Transplante de Organos y Tejidos Humanos de los Aseguradores, ya sea anterior o sucesivo. Las cantidades máximas mostradas para Transporte, Alojamiento, Comidas, y obtención del órgano, están incluidas y se descuentan de este Límite Máximo en todos los Servicios de Transplante Cubiertos. Los límites de la Sección de Beneficios Máximos serán aplicables solamente después que todo el Deducible y el Co-Aseguro hayan sido agotados.

Límite:

Si un Procedimiento de Transplante Cubierto no se realiza en la fecha programada debido a la condición médica o fallecimiento del paciente receptor del órgano, los beneficios se pagarán por los Servicios de Transplante Cubiertos hasta que suceda lo primero de:

1. El fallecimiento del receptor, o
2. la fecha en que el médico del paciente receptor decida no realizar el transplante.

Transplantes Múltiples

Si un paciente receptor requiere más de un Procedimiento de Transplante Cubierto, los Aseguradores considerarán el reembolso de los Servicios de Transplante Cubiertos durante cada Período de Beneficio en la siguiente forma:

1. Si cada transplante se debe a causas independientes, cada uno es considerado como un Período de Beneficio separado.
2. Si cada transplante se debe a causas relacionadas, cada uno es considerado como un Período de Beneficio separado si los transplantes se separan por lo menos 90 días.
3. Si los transplantes se deben a causas relacionadas, son considerados como un Período de Beneficio cuando no se separan en la forma descrita en el párrafo 2 que antecede.

Manejo del Caso

Los Aseguradores o el Administrador pueden aprobar la continuación de las necesidades de cuidado del Asegurado y discutir con el médico del Asegurado medios alternativos de atención médica, menos costosos. La cobertura se proveerá para alternativas menos costosas, aún si dicho método alternativo no está específicamente establecido como cubierto bajo este certificado. El Co-Aseguro y las cantidades máximas contenidas en este certificado se aplicarán al cuidado alternativo.

No hay penalidad si el Asegurado o el médico no aceptan el cuidado alternativo propuesto.

PROVISIONES Y DEFINICIONES ADICIONALES PARA TRANSPLANTES DE ORGANOS

1. PERIODO DE BENEFICIO: El período de tiempo:
 - a. Que comienza en la fecha en que el Asegurado recibe los primeros servicios directamente relacionados con evaluación como candidato para un Procedimiento de Transplante Cubierto; y
 - b. termina con lo primero de:
 1. la fecha 12 meses después que el Procedimiento de Transplante Cubierto se realiza; o
 2. la fecha de cancelación de este Certificado.

Si este Certificado es renovado o reemplazado con un certificado similar emitido por los Aseguradores, el remanente de los días que quedan sin usar de dicho período de 12 meses continuará hasta que se complete bajo el Nuevo certificado.

2. PROCEDIMIENTO DE TRANSPLANTE CUBIERTO: Cualquiera de los siguientes trasplantes de órganos y tejidos humanos que sean medicamente necesarios: (1) corazón; (2) corazón/pulmón; (3) pulmón; (4) hígado; (5) páncreas; (6) riñón/páncreas; y (7) riñón.
3. QUIMIOTERAPIA EN ALTAS DOSIS: El uso de un agente o agentes quimioterapéuticos para tratamiento o para prevenir la recurrencia de cáncer o enfermedad cancerosa, con o sin irradiación, en dosis que exceden el promedio de dosificación aprobada por la FDA (Administración de Drogas y Alimentos), o comúnmente reconocida para la droga o drogas empleadas, y que se espera resulte efecto en la médula ósea, que podría ser letal si se tratara.
4. PROVEEDOR: Las instituciones e individuos listados a continuación:

Instituciones proveedoras:

Laboratorio Clínico: Un laboratorio que realiza procedimientos clínicos y no está afiliado o asociado con un médico de hospital u otro proveedor.

Hospital: significa una institución para cuidado agudo general hospitalario de corta duración y el cual:

1. es una institución debidamente licenciada.
2. principalmente se dedica a proveer diagnóstico y servicios terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado a personas lesionadas y enfermas ingresadas, por o bajo la supervisión de médicos, por compensación de sus pacientes.
3. tiene departamentos médicos y de cirugía mayor organizados; y
4. provee servicio de enfermería 24 horas al día por o bajo la supervisión de Enfermeros Licenciados.

Institución de Transplante No Participante:

Cualquier hospital que no haya sido contratado por el Administrador a través de una red de trasplante aplicable, para proveer Procedimientos de Transplante Cubiertos. Un hospital puede ser una institución de trasplante no-participante con respecto a:

- (1) ciertos Procedimientos de Transplante Cubiertos; o
- (2) todos los Procedimientos de Transplante Cubiertos.

Institución de Transplante Participante:

Cualquier hospital contratado por el Administrador a través de una red de trasplante aplicable, para proveer Procedimientos de Transplantes Cubiertos. Un hospital puede ser una institución de trasplante participante con respecto a:

- (1) ciertos Procedimientos de Transplante Cubiertos; o
- (2) todos los Procedimientos de Transplante Cubiertos.

Proveedores Individuales:

Terapeuta Ocupacional: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un terapeuta ocupacional es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

Terapeuta Físico: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un terapeuta físico es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

Terapeuta de Respiración/Inhalación: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un terapeuta de respiración/inhalación es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

Patólogo del Habla y Terapeuta del Habla: Una persona licenciada como tal por el estado en el que ejerce. Si ese estado no emite dichas licencias, un Patólogo del Habla o Terapeuta del Habla es una persona certificada como tal por una organización profesional apropiada.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS ADICIONALES para Transplantes de Organos

Cualquier tratamiento o medicamento, o sus consecuencias o cambios relacionados con lo siguiente, no está cubierto bajo este certificado a menos que esté específicamente incluido o cambiado en la Sección de Beneficios Máximos:

1. Cualquier costo o tratamiento por transplante de órgano, que los Aseguradores consideren ser el resultado de una Condición Pre-Existente o condición de la cual usted estaba consciente con anterioridad al comienzo de este certificado.
2. Cualquier costo relacionado con cuidado de salud en el hogar.
3. Servicios y dispositivos para vacunas.
4. Transplantes de órganos animales o artificiales.
5. Cargos de mantenimiento de un médico.
6. Servicios, dispositivos, o atención hospitalaria que, a juicio de los consultores médicos de los Aseguradores, no son médicamente necesarios para el tratamiento de enfermedad, lesión, condición de enfermedad, o incapacidad, excepto cuando se establece específicamente como cubierto.
7. Cuidado de Custodia o de Rehabilitación y Terapia.
8. Cargos por cualquier tratamiento, procedimiento, institución, equipo, medicina, dispositivo, o suministro experimental o investigativo, excepto como se especifica en la Sección de Beneficios Máximos de este certificado.
9. Cargos pagados o pagaderos bajo Compensación Laboral.
10. Cuidado preventivo o de rutina, incluyendo exámenes físicos, pre-maritales, y cualquier otro examen periódico o rutinario, excepto cuando se establece específicamente como cubierto.
11. Estudios de investigación y de eliminación.
12. Servicios o suministros por los cuales usted no está legalmente obligado a pagar.
13. Gastos incurridos antes de comenzar Su cobertura o después que termina, excepto cuando se establece como cubierto.
14. Curas de reposo o cuidado en sanatorios.
15. Servicios o suministros proveídos por una persona o institución actuando más allá del campo de su licencia.
16. Servicios o suministros proporcionados por un departamento dental o médico mantenido por, o a favor de un grupo, asociación de beneficio mutuo, sindicato, trust, o persona o grupo similar.
17. Servicios suplidos por una agencia de gobierno, por los cuales usted no paga, excepto cuando esta exclusión es conflictiva con leyes estatales y federales
18. Servicios o suministros no establecidos específicamente como cubiertos.
19. Consultas telefónicas, cargos por faltar a una cita programada, o cargos por completar una planilla de reclamación.
22. Terapia de recreo o entretenimiento.
23. Materiales usados en terapia ocupacional.
24. Artículos de higiene y comodidad, tales como acondicionadores de aire, humectantes, bañeras calientes, turbinas, o equipos para ejercicio físico, aún si un médico recetara dichos artículos.
25. Hospitalización para cambio de ambiente y todos los cargos relacionados.
26. Servicios y suministros de cualquier proveedor fuera de los Estados Unidos de América, que están en exceso de las cantidades señaladas en la Sección de Beneficios Máximos detallados en este certificado.

27. Servicios y suministros elegibles para ser pagados por cualquier fondo de investigación privado o público, sin importar si los fondos fueron solicitados o recibidos.
28. Servicios y suministros para tratamiento de complicaciones, a menos que los Aseguradores determinen que son el resultado inmediato y directo de un Procedimiento de Transplante Cubierto.
29. Servicios y suministros administrados en conexión con un Procedimiento de Transplante Cubierto que no se realizó durante el Período de Beneficios.
30. Transplante de Medula Osea en cualquier manera.
29. Medicamentos inmuno-represivos para el tratamiento o prevención de rechazo de corazón, corazón/pulmón, pulmón, hígado, páncreas, riñón/páncreas, o transplante de médula ósea, después de terminado el Período de Beneficios. Este Contrato no pagará beneficios después de terminarse el Período de Beneficios.

SPECIMEN