



StudentSecure

Descripción de la cobertura:
todas las páginas

Administrado por: WorldTrips

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN Y NOTIFICACIÓN IMPORTANTES DE LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE DE EE. UU. (“PPACA”, EN INGLÉS)	3
RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	3
CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU SEGURO DE VIAJE	3
CANCELACIÓN	3
ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS EE. UU.	4
RECLAMOS	4
APELACIONES Y QUEJAS.....	4
DEFINICIONES	4
ENFERMEDADES PREEXISTENTES.....	4
PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	4
DERECHOS DE LOS TERCEROS	5
LEY Y COMPETENCIA	5
AVISO ARBITRAL.....	5
WORLDTRIPS	5
APTITUD DE LOS MIEMBROS	5
APTITUD	5
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Y EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO	6
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO....	6
FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO	6
PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA	6
PERIODO DE BENEFICIOS	6
COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA ...	7
RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES	7
REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA (PPO) DE LOS ESTADOS UNIDOS.....	11
PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS	11
Notificación de reclamos	12
PRUEBA DEL RECLAMO	12
COOPERACIÓN EN RECLAMOS.....	12
ACCESO A MATERIALES ADICIONALES	12
OTRO SEGURO.....	12
PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA	13
CÓMO APELAR UN RECLAMO	13
PROCEDIMIENTO DE QUEJA.....	13
ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS	14
ENFERMEDADES PREEXISTENTES.....	15
INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES ..	15
GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN	16
GASTOS MÉDICOS	16
EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA.....	17
REPATRIACIÓN DE RESTOS.....	18
REUNIÓN DE EMERGENCIA	19
MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL	19
DEPORTES Y ACTIVIDADES.....	20
DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR ..	20
RESPONSABILIDAD CIVIL	21
TERRORISMO	23
EXCLUSIONES GENERALES	24
DEFINICIONES.....	26
ANEXO PARA DEPORTES OPCIONALES INTERUNIVERSITARIOS, INTERESCOLARES, INTRAMUROS O DE CLUBES.....	32
DEPORTES Y ACTIVIDADES.....	32
A. DEPORTES INTERUNIVERSITARIOS, INTERESCOLARES, INTRAMUROS O DE CLUBES	32
B. DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR ..	32
ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL.....	34
ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL.....	36

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

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

RESUMEN DE LA DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Esta descripción de la cobertura es un resumen de las disposiciones contenidas en la Póliza Maestra N.º 231920--STU. Para recibir una copia completa de la Póliza Maestra, comuníquese con WorldTrips.

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

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

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU SEGURO DE VIAJE

CANCELACIÓN

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

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

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

1. Corresponderá una comisión por cancelación de \$25 por los costos administrativos en los que incurramos **nosotros** y

2. Se reembolsará únicamente la prima de meses completos no utilizados, si el pago es en cuotas mensuales, o de días no utilizados, si se paga por completo, de la prima ; y
3. **Usted** no debe haber presentado ningún reclamo para poder resultar apto para un reembolso de la prima y
4. No se otorgará ningún reembolso de la prima después de los 60 días.

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

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

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

RECLAMOS

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

APELACIONES Y QUEJAS

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

DEFINICIONES

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

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

La presente póliza de seguro no incluye cobertura para **enfermedades preexistentes**, excepto por los recargos que surjan directamente de un Inicio agudo de enfermedades preexistentes, una Evacuación médica de emergencia o una Repatriación de restos, según los siguiente.

1. Durante los primeros seis (6) meses de cobertura bajo la cobertura StudentSecure Elite y Select; o
2. Durante los primeros doce (12) meses de cobertura bajo la cobertura StudentSecure Budget; o
3. No se incluye en toda la cobertura StudentSecure Smart.

Esta póliza define una **enfermedad preexistente** y proporciona la descripción del beneficio por Inicio agudo de enfermedades preexistentes.

PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

No divulgaremos **su** información personal a terceros fuera de WorldTrips ni a **nuestros** socios a menos que se ordene hacerlo para cumplir con la ley de los países en los que operamos o al dar cumplimiento al proceso legal. Usted podrá consultar la política de privacidad de WorldTrips aquí: <https://www.worldtrips.com/about-worldtrips/privacy-policy>

DERECHOS DE LOS TERCEROS

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

LEY Y COMPETENCIA

No podrá iniciarse ninguna acción conforme a derecho o equidad para recuperar los beneficios en virtud de este seguro sino hasta 60 días después de que la fecha de presentación del último reclamo durante el **período del certificado** o un **período de beneficios** aplicable. Dicha acción no podrá presentarse después de un plazo de tres (3) años siguientes a la fecha de presentación del último reclamo durante el **período del certificado** o un **período de beneficios** aplicable. La validez, interpretación y ejecución del presente contrato se regirán e interpretarán de acuerdo con las leyes de las Islas Bermudas.

AVISO ARBITRAL

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

WORLDTRIPS

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

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

APTITUD DE LOS MIEMBROS

APTITUD

1. **Usted** debe ser menor de 65 años y
 - a. Ser **estudiante de tiempo completo** en un colegio o universidad (sin incluir los colegios y universidades en línea) o
 - b. Dentro de los 31 días de ser un **estudiante de tiempo completo** en un colegio o universidad o
 - c. Ser estudiante menor de 19 años inscripto en una escuela secundaria o
 - d. Ser **profesor de tiempo completo** afiliado a una institución educativa y que realiza su trabajo o investigación por al menos 30 horas por semana y
2. **Usted** debe residir fuera de **su país de residencia** con el objetivo de llevar a cabo actividades educativas internacionales; y
3. **Usted** no debe haber obtenido el estado de residente en el **país anfitrión** y

4. Si se encuentra en los EE. UU., **usted** debe contar con una Visa educativa válida. Podría solicitarse una copia del I-20 o DS2019.

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

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Y EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente comenzará:

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

FECHA DE EXTINCIÓN DEL CERTIFICADO

El seguro contraído en virtud del presente finalizará:

1. a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. del último día del periodo por el cual se pagó la prima; o
2. a las 11:59 p. m. hora del Este de EE. UU. de la fecha requerida en la solicitud; o
3. a las 12:01 a.m. hora del Este de EE.UU. de la fecha en la que **usted** ya no cumple con los requisitos de aptitud: o
4. en el momento de llegada, a **su** regreso a **su país de residencia** (a menos que haya comenzado un periodo de beneficios o resulte apto para la cobertura en su país de residencia), lo que ocurra antes.

PERIODO DE BENEFICIOS Y COBERTURA EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

PERIODO DE BENEFICIOS

Mientras el **certificado** se encuentre vigente, el periodo de beneficios no será aplicable. Luego de la extinción del **certificado**, **nosotros** pagaremos los gastos médicos aptos, por hasta 60 días a partir del primer día del diagnóstico o tratamiento de una **lesión** o **enfermedad** cubiertas mientras **usted** se encuentre fuera de **su país de residencia** y mientras este **certificado** tenga vigencia. El periodo de beneficios se aplica únicamente a los gastos médicos aptos relacionados con la condición por la que **usted** fue hospitalizado como un **paciente hospitalizado** en la fecha de terminación del **certificado**.

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

COBERTURA INCIDENTAL EN EL PAÍS DE RESIDENCIA

Usted debe haber adquirido tres meses de cobertura por la Cobertura en el País de Residencia para que tenga vigencia. Por cada periodo de tres meses durante el cual **usted** esté cubierto, los gastos médicos aptos estarán cubiertos por un máximo de 15 días por cada periodo de tres meses. Los beneficios acumulados durante un solo periodo de tres meses no se acumularán para otro periodo. Si no continúa **su** viaje internacional o si regresa a **su país de residencia** con el único propósito de recibir el tratamiento adecuado para una **enfermedad** o **lesión** que comenzó mientras estaban de viaje se anulará toda cobertura incidental en el país de residencia.

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

Excepto en el caso del periodo de beneficios, la cobertura que se presta en virtud de la presente Póliza Maestra será por un plazo máximo de 365 días para ciudadanos o residentes no estadounidenses cuyo viaje no incluya a los EE. UU o territorios de los EE. UU. y para cualquier otro miembro, el **período** máximo **del certificado** es de 364 días. Toda extensión de la cobertura se basará en las normas de aptitud en vigencia y quedará sujeta a **nuestra** discreción exclusiva.

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

RESUMEN DE BENEFICIOS Y LÍMITES

Detalles del Plan		
Límite máximo general	Elite	\$5.000.000
	Select	\$600.000
	Budget	\$500.000
	Smart	\$200.000
Máximo por lesión/enfermedad	Elite	\$500.000
	Select	\$300.000
	Budget	\$250.000
	Smart	\$100.000
Deducibles (excepto por uso de la sala de emergencias)	Elite	\$25 por lesión o enfermedad dentro de la red de la Organización Proveedor Preferida (PPO), en un centro de salud estudiantil , de lo contrario, \$50 por lesión o enfermedad . Si el tratamiento se recibió fuera de los EE. UU. \$25 por

		lesión o enfermedad.
	Select	\$35 por lesión o enfermedad dentro de la red de la Organización Proveedor Preferida (PPO) o centro de salud estudiantil ; de lo contrario, \$70 por lesión o enfermedad . Si el tratamiento se recibió fuera de los EE. UU., \$35 por lesión o enfermedad .
	Budget	\$45 por lesión o enfermedad dentro de la red de la Organización Proveedor Preferida (PPO) o centro de salud estudiantil ; de lo contrario, \$90 por lesión o enfermedad . Si el tratamiento se recibió fuera de los EE. UU. \$45 por lesión o enfermedad .
	Smart	\$50 por lesión o enfermedad dentro de la red de la Organización Proveedor Preferida (PPO), en un centro de salud estudiantil , de lo contrario, \$100 por lesión o enfermedad . Si el tratamiento se recibió fuera de los EE. UU. \$50 por lesión o enfermedad .
Deducible por sala de emergencias (Reclamos incurridos dentro de EE. UU.)	Elite	\$100 por tratamiento recibido en una sala de emergencias
	Select	\$200 por tratamiento recibido en una sala de emergencias
	Budget	\$350 por tratamiento recibido en una sala de emergencias
	Smart	
Coseguro – Reclamos incurridos dentro de EE. UU.		
Pago dentro de la red	Elite	Dentro de la PPO: Nosotros pagaremos el 100% de los gastos aptos después del deducible hasta el límite máximo general.
	Select	Dentro de la PPO: Nosotros pagaremos el 80% de los siguientes \$5.000 por gastos aptos después del deducible; luego, el 100% hasta el límite máximo general
	Budget	Dentro de la PPO: Nosotros pagaremos el 80% de los siguientes \$25.000 por gastos aptos después del deducible; luego, el 100% hasta el límite máximo general.
	Smart	Dentro de la PPO: Nosotros pagaremos el 80% de los gastos aptos después del deducible hasta el límite máximo general.
Pago fuera de la red	Todos los planes	Fuera de la PPO: normales, razonables y usuales. Puede que usted deba abonar los cargos que superen el monto pagadero.
Coseguro – Reclamos incurridos fuera de EE. UU.	Todos los planes	Nosotros pagaremos el 100% de los gastos aptos después del deducible; hasta el límite máximo general.
Los gastos aptos están sujetos a deducibles, coseguros, límite máximo general, y son por periodo del certificado, a menos que se indique específicamente lo contrario.		
Beneficio	Límite	
Habitación y comida en el hospital	Todos los planes	Tarifa promedio de una habitación semi-privada, incluidos los servicios de enfermería.
Unidad de Cuidados Intensivos	Todos los planes	Hasta el límite máximo general.

Ambulancia local – no sujeto a deducible ni coseguro	Elite Select	Hasta \$750 por lesión o enfermedad , solo cuando la lesión o enfermedad cubierta tiene como resultado la hospitalización como paciente hospitalizado.
	Budget	Hasta \$500 por lesión o enfermedad , solo cuando la lesión o enfermedad cubierta tiene como resultado la hospitalización como paciente hospitalizado.
	Smart	Hasta \$300 por lesión o enfermedad , solo cuando la lesión o enfermedad cubierta tiene como resultado la hospitalización como paciente hospitalizado.
Tratamiento ambulatorio	Todos los planes	Hasta el límite máximo general
Drogas con receta ambulatorias – no sujeto a deducible	Elite	Medicamentos genéricos: 100% de coseguro Medicamentos de marca: 50% de coseguro. Medicamentos especiales: Sin cobertura – <i>no sujeto a deducible</i>
	Select	50% de los cargos reales
	Budget Smart	– <i>no sujeto a deducible ni coseguro</i>
Vacunación – no sujeto a deducible ni coseguro	Elite	Hasta \$150. Las vacunas y análisis cubiertos son: Sarampión, Parotiditis, Rubéola, (SPR); Difteria, Pertusis, Tétanos (DPT); Varicela; Hepatitis B; Meningitis (Meningococo MCV4 y B); y COVID-19/SARS-CoV-2
	Select Budget Smart	Sin cobertura
Deportes y actividades de descanso, recreativas, de entretenimiento o bienestar	Todos los planes	Hasta el límite máximo general
Anexo para deportes opcionales interuniversitarios, interescolares, intramuros o de clubes	Elite Select	Máximo de \$5.000 por lesión o enfermedad , únicamente para gastos médicos
	Budget	Máximo de \$3.000 por lesión o enfermedad , únicamente para gastos médicos
	Smart	Sin cobertura
Trastornos de salud mental (el tratamiento no debe administrarse en un centro de salud estudiantil).	Elite Select Budget	Paciente ambulatorio: Máximo de 30 visitas Paciente hospitalizado: Máximo de 30 días
	Smart	(No incluye el abuso de drogas y el abuso de alcohol) Paciente ambulatorio: Máximo de \$50 por día; máximo de \$500 Paciente hospitalizado: Hasta \$5.000.
Cuidado de maternidad para un embarazo cubierto	Elite	Hasta \$25.000
	Select	Hasta \$10.000
	Budget	Hasta \$5.000
	Smart	Sin cobertura
Cuidados para recién nacidos – no sujeto a deducible ni coseguro	Elite, Select	Hasta \$750
	Budget	Hasta \$250
	Smart	Sin cobertura
Terminación terapéutica del	Todos los	Hasta \$500

embarazo – no sujeto a coseguro	planes	
Fisioterapia y atención quiropráctica (Debe ser pedido con anticipación por un médico y no puede ser obtenido en un centro de salud estudiantil) – no sujeto a coseguro	Elite	Hasta \$75 por visita por día
	Select, Budget	Hasta \$50 por visita por día
	Smart	Hasta \$25 por visita por día
Tratamiento odontológico debido a un accidente – no sujeto a deducible ni coseguro	Todos los planes	Máximo por diente de \$250; Máximo por periodo previo al certificado \$500.
Emergencia odontológica (dolor de inicio agudo)– no sujeto a deducible ni coseguro	Todos los planes	Hasta \$100
Inicio agudo de enfermedades preexistentes (Ver la descripción de los beneficios).	Todos los planes	Monto máximo de por vida de \$25.000 para gastos médicos aptos
Terrorismo	Elite, Select, Budget	Máximo de por vida de \$50.000, únicamente gastos médicos aptos.
	Smart	Sin cobertura
Todos los demás gastos médicos aptos	Todos los planes	Hasta el límite máximo general

Beneficios de Emergencia por Viaje	Límite	
Evacuación médica de emergencia - No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general	Elite	Hasta un máximo de por vida de \$500.000
	Select	Hasta un máximo de por vida de \$300.000
	Budget	Hasta un máximo de por vida de 250.000
	Smart	Hasta un máximo de por vida de \$50.000
Repatriación de restos - No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general	Elite	Hasta un máximo de por vida de \$50.000
	Select	
	Budget	Hasta un máximo de por vida de \$25.000
	Smart	
Reunión de emergencia - No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general	Elite, Select	Hasta \$5.000, sujeto a un máximo de 15 días
	Budget	Hasta \$1.000, sujeto a un máximo de 15 días
	Smart	Hasta \$1.000, sujeto a un máximo de 15 días
Muerte y desmembramiento accidental - No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general	Elite, Select	Máximo de por vida - \$25.000
		Muerte - \$25.000
		Pérdida de 2 extremidades - \$25.000
		Pérdida de 1 extremidad - \$12.500

	Budget, Smart	Sin cobertura
Anexo del beneficio de muerte y desmembramiento accidental opcional - <i>No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>	Elite, Select	Máximo de por vida - \$25.000 Muerte - \$25.000 Pérdida de 2 extremidades - \$25.000 Pérdida de 1 extremidad - \$12.500
	Budget, Smart	Sin cobertura
Responsabilidad Civil - <i>No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>	Elite	Hasta un máximo de por vida de \$250.000 Hasta \$250.000 lesión de terceros Hasta \$250.000 bienes de terceros Hasta \$2.500 relacionado con bienes de terceros
	Select, Budget, Smart	Sin cobertura
Cobertura opcional por respuesta ante situaciones de crisis: comisiones y gastos por rescate, efectos personales y respuestas ante situaciones de crisis - <i>No sujeto a deducible, coseguro ni límite máximo general</i>	Elite, Select	Hasta \$100.000
	Budget, Smart	Sin cobertura

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

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

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

Usted puede revisar un listado de **hospitales**, **médicos** y otros proveedores de servicios médicos incluidos en la red de PPO para el área donde usted recibirá el tratamiento visitando el sitio Web de WorldTrips: www.worldtrips.com. Para solicitar asistencia en la búsqueda de un proveedor, contáctese con nosotros al 1-800-605-2282.

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR RECLAMOS

Notificación de reclamos

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

En línea: <http://service.worldtrips.com/>

Correo postal: WorldTrips
P.O. Box 2005
Farmington Hills, MI 48333
USA

PRUEBA DEL RECLAMO

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

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

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

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

Luego del recibo de la **prueba del reclamo**, **nosotros** podremos, a **nuestro** exclusivo criterio, solicitar y requerir información adicional necesaria para confirmar la validez de cualquier reclamo anterior al pago de dicho reclamo. Dicha información adicional incluye, entre otros, los registros médicos necesarios para confirmar si existe cobertura por reclamos previos al pago de este.

COOPERACIÓN EN RECLAMOS

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

ACCESO A MATERIALES ADICIONALES

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

OTRO SEGURO

Nosotros no pagaremos un reclamo si existe otro seguro que pagaría dicho reclamo, o que lo pagaría si este seguro no existiera. Este seguro será aplicable con respecto a los gastos en exceso del monto pagado o

pagadero en virtud del otro seguro. **Nosotros** no pagaremos ningún reclamo con respecto a los cuidados, tratamientos, servicios o suministros entregados por cualquier seguro, programa o agencia financiada por cualquier gobierno.

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN Y QUEJA

CÓMO APELAR UN RECLAMO

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

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

Internet:	http://service.worldtrips.com/
Correo electrónico:	appeals@worldtrips.com
Correo postal:	WorldTrips Appeals P.O. Box 2058 Farmington Hills, MI 48333 USA

Cuando recibamos la apelación, la evaluaremos y le enviaremos una respuesta escrita. Después de recibir **nuestra** respuesta a la apelación, **usted** podrá iniciar una segunda apelación. Al momento de la recepción de la segunda apelación, personal médico y/o a cargo de los reclamos que no haya participado en la determinación del reclamo original o en la apelación inicial evaluará el reclamo. Se tomará una determinación final y le enviaremos una carta.

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

PROCEDIMIENTO DE QUEJA

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

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

Internet:	http://service.worldtrips.com/
Correo electrónico:	appeals@worldtrips.com
Correo postal:	WorldTrips Appeals P.O. Box 2058 Farmington Hills, MI 48333 USA

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

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

Complaints

Lloyd's
One Lime Street
London EC3M 7HA

Correo electrónico: complaints@lloyds.com
Teléfono: +44 (0)20 7327 5693
Fax: +44 (0)20 7327 5225
Web: www.lloyds.com/complaints

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

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

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

ARBITRAJE Y RENUNCIA A TOMAR ACCIONES MANCOMUNADAS

A excepción de las demandas por desagravio por mandato judicial u otra protección judicial, todo litigio o controversia que hubiera entre un miembro y WorldTrips, sus aseguradoras o filiales que surgiera o guardara relación con esta póliza maestra —incluyendo, entre otros: todo tipo de litigios, demandas (ya sea por responsabilidad extracontractual, contrato, estatuarios o de otra índole) o desacuerdos en torno a la existencia, el incumplimiento, la interpretación, la aplicación o la finalización de la póliza maestra— se resolverá en un arbitraje definitivo y vinculante en virtud de la Ley Federal de Arbitraje y según las Normas y Procedimientos Arbitrales Generales de JAMS Inc. que estuvieran vigentes en dicho momento. Tales demandas se arbitrarán exclusivamente de manera individual, y las partes renuncian al derecho o a la potestad que tuvieran para dirimir las en una acción o un arbitraje de carácter mancomunado, consolidado, de representación, grupal o privado. Las instrucciones relativas a cómo comenzar un arbitraje se encuentran disponibles en el sitio web de JAMS, en <https://www.jamsadr.com>. El arbitraje se celebrará en Houston, Texas, o según elija la parte que busque obtener la reparación judicial, por teléfono, vía Internet o mediante presentaciones por escrito únicamente, y JAMS lo dirigirá. El tribunal arbitral («tribunal») estará constituido por un árbitro, que será independiente e imparcial. Si las partes no se ponen de acuerdo acerca de quién será el árbitro dentro de los veinte (20) días naturales de haberse dado inicio al arbitraje en virtud del presente, JAMS lo nombrará. El procedimiento se oficiará en inglés. La decisión que tome el árbitro será definitiva y vinculante para las partes. La decisión sobre los laudos que hubiera dispuesto el árbitro podrá utilizarse en cualquier tribunal competente. El árbitro tendrá la autoridad para establecer si los litigios que surjan o se relacionen con esta póliza maestra pueden someterse a arbitraje. Nada de lo establecido en esta sección evitará que alguna de las partes recurra a demandas por desagravio por mandato judicial de inmediato ante algún juzgado competente, y tal pedido no se considerará contrario al

acuerdo de arbitraje ni a una renuncia al derecho a recurrir a tal procedimiento legal. Las partes se comprometen a mantener la confidencialidad de todos los laudos del arbitraje, junto con la información confidencial, los documentos del proceso que se hayan generado para el arbitraje y demás documentación producida por la otra parte durante este y que no sean de dominio público, salvo y en la medida en que su divulgación sea necesaria para que una de las partes cumpla con una obligación legal, con el fin de proteger o ejercer un derecho legal o para hacer cumplir o recusar un laudo en un proceso legal ante un juzgado u otra autoridad judicial. El árbitro impondrá todas las costas, sin olvidar los honorarios razonables de los letrados, a la parte vencedora. El acuerdo de arbitraje no alcanza los reclamos que puedan tener los miembros contra sus prestadores sanitarios por mala praxis.

Para desistir voluntariamente de celebrar este acuerdo, los miembros deben enviar un aviso escrito («aviso») a WorldTrips. La fecha postal no debe superar los sesenta (60) días desde el último día del período del certificado. Se debe enviar por correo postal a la siguiente dirección: HCC Insurance Holdings, 13403 Northwest Freeway, Houston, Texas 77040, y dirigirse al General Counsel (asesor jurídico). Este procedimiento constituye el único mecanismo por el cual usted puede desistir voluntariamente de celebrar el acuerdo de arbitraje. Hacerlo no tiene incidencia sobre ninguna otra parte de la póliza maestra ni ningún acuerdo de dicho tenor, previo o futuro, que haya celebrado con WorldTrips.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Excepto por los cargos que surjan directamente por el Inicio agudo de una enfermedad preexistente, una evacuación médica de emergencia o una repatriación de restos, las **enfermedades preexistentes** no están incluidas en este seguro según se indica a continuación:

1. durante los primeros seis (6) meses de cobertura bajo los seguros StudentSecure Elite y Select; o
2. durante los primeros doce (12) meses de cobertura bajo el seguro StudentSecure Budget; o
3. se excluye en toda la cobertura del seguro StudentSecure Smart.

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

INICIO AGUDO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

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

- (a) El **inicio de una condición aguda preexistente** no está relacionado ni directa ni indirectamente con una **condición crónica o congénita**;
- (b) El **tratamiento** debe realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas del brote o recurrencia repentino o **inesperado**;
- (c) Usted es menor de ochenta (80) años;

- (d) Usted no debe estar viajando en contra o sin atender a las recomendaciones, a programas de **tratamiento** establecidos o recomendación médica de un prestador médico o de atención médica;
- (e) Usted no debe estar viajando con la intención o el propósito de solicitar o acceder a un **tratamiento** por la **condición preexistente**;
- (f) Usted debe estar viajando fuera de su País de residencia

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

GASTOS MÉDICOS Y POR REPATRIACIÓN

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

GASTOS MÉDICOS

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

1. Cargos cobrados por un hospital en virtud de:
 - a. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios que no deben exceder la tarifa promedio de una habitación semi-privada, y
 - b. Habitación, comidas y servicios de enfermería diarios en la Unidad de Cuidados Intensivos, y
 - c. Uso de la sala de operaciones, tratamiento o recuperación, y
 - d. Servicios y suministros provistos de manera rutinaria por el hospital a las personas para su uso mientras se encuentran hospitalizados como pacientes hospitalizados, y
 - e. Tratamiento de emergencia de una **lesión** o **enfermedad**, incluso si no se requiere hospitalización en el **hospital**. Sin embargo, los cargos por el uso de la Sala de Emergencias dentro de los Estados Unidos estarán sujetos a un deducible establecido en el resumen de beneficios y límites.
2. **Cirugía** en un centro quirúrgico **ambulatorio**, incluidos los servicios y suministros.
3. Los cargos realizados por un **médico** por servicios profesionales, incluidas las **consultas médicas virtuales y cirugía**. Los cargos de un cirujano asistente están cubiertos hasta el 20% de los cargos **normales, razonables y usuales** del cirujano principal, pero la disponibilidad en guardia no será considerada como un servicio profesional y por lo tanto no está cubierta en virtud del presente.
4. Vendajes, suturas, yesos u otros suministros **médicamente necesarios** y administrados por o bajo la supervisión de un **médico**, excepto por los nebulizadores, tubos de oxígeno, suministros para diabéticos, suministros de venta libre o sin receta y dispositivos de soporte o agarre.
5. Pruebas de diagnóstico que emplean servicios de radiología, ultrasonografía o laboratorio (no incluye las pruebas psicométricas, de inteligencia, de comportamiento y educacional).
6. Extremidades, ojos o laringe artificiales, prótesis mamarias o extremidades artificiales funcionales básicas, pero no su reemplazo o reparación.
7. **Cirugía** reconstructiva cuando la **cirugía** reconstructiva esté directamente relacionada con una **cirugía** cubierta en virtud del presente.
8. Por una terapia o tratamiento de radiación y quimioterapia.
9. Hemodiálisis y los cargos cobrados por el **hospital** por el procesamiento y la administración de sangre o componentes de sangre pero no por el costo de la sangre o los componentes de sangre reales.
10. Oxígeno y otros gases y su administración por o bajo la supervisión de un **médico**.

11. Anestesia y su administración por un **médico**.
12. Drogas que requieren una receta por parte de un **médico** para el tratamiento de una **lesión o enfermedad cubierta**, pero sin incluir a las siguientes: recetas para el tratamiento de la diabetes, el reemplazo de drogas perdidas, robadas, dañadas, vencidas o de cualquier otra forma en riesgo.
13. Cuidado en un **centro de cuidados prolongados** autorizado, luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
14. **Cuidados de enfermería** en el hogar en cama por un profesional licenciado calificado, provisto por una **agencia de cuidados de salud en el hogar** luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos y únicamente en reemplazo de una **hospitalización médicamente necesaria** como paciente hospitalizado.
15. Transporte de ambulancia local de emergencia necesariamente incurrido en conexión con una **lesión o enfermedad** que genere una hospitalización.
16. Tratamiento odontológico de emergencia y la **cirugía** dental necesaria para restituir o reemplazar un diente natural perdido o dañado en un **accidente** cubierto por este seguro.
17. Tratamiento odontológico de emergencia necesario para resolver un **dolor de inicio agudo**, siempre que el tratamiento inicial se reciba dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al **dolor de inicio agudo**.
18. Alquiler del **equipo médico durable médicamente necesario** (que consiste en la cama estándar básica del hospital y/o una silla de ruedas estándar básica) hasta los precios de compra.
19. Fisioterapia para pacientes ambulatorios si es recetada por un **médico** para el tratamiento de una **lesión o enfermedad** cubierta.
20. Cuidado de rutina y **médicamente necesario** de niños recién nacidos, según prevé el cronograma de beneficios, siempre que el parto del recién nacido esté cubierto en el presente.
21. Cuidado prenatal, parto de un recién nacido, y cuidado posnatal relacionado con un **embarazo cubierto** que haya comenzado después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
22. Por tratamiento por trastornos de **salud mental**. Esto incluye tratamientos para el **abuso de drogas** y el **abuso de alcohol** solamente bajo los seguros StudentSecure Elite, Select, y Budget.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

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

EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. la **enfermedad** o **lesión** que genera el gasto no está cubierta por este seguro, o

2. **el tratamiento, los servicios y suministros médicamente necesarios** pueden proporcionarse en forma local, o
3. si el traslado por otro medio no diera como resultado la pérdida de uno de **sus** miembros o **su** muerte, o
4. la enfermedad que genera la evacuación médica de emergencia no ocurriera de manera repentina e inesperada y sin advertencia previa, en forma de recomendación o síntoma **médico**, que pudiera generar que una persona prudente buscara atención médica antes del comienzo de la enfermedad, o
5. los gastos surgen directa o indirectamente de los elementos mencionados en las Exclusiones generales

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

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

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

REPATRIACIÓN DE RESTOS

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

1. La **enfermedad** o **lesión** que producen el gasto está cubierta por este seguro, y
2. **nosotros** aprobamos anticipadamente y coordinamos el viaje.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

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

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

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

REUNIÓN DE EMERGENCIA

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

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

MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

USTED ESTÁ CUBIERTO POR: (SOLO para StudentSecure Elite y Select)

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

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Accidente o siniestro causado o contribuido por alguno de los siguientes:
 - a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, ya sea declarado o no declarado.
 - b. **Su** participación en una conmoción callejera, insurrección o trastorno violento.
 - c. **Su** servicio en las fuerzas armadas de un país.
 - d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** autoinfligida intencionalmente, ya sea que el individuo esté sano o demente.
 - e. El uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga, a menos que se use conforme a las instrucciones de un **médico**.
 - f. Comisión o intento de delito grave.
 - g. **Enfermedad, trastorno de salud mental** o embarazo.
 - h. Como resultado directo o indirecto de: i) intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** o **lesión** que usted sufrió, o ii) intoxicación que concuerde con un nivel de alcohol en sangre de .08 BAC, lo que resulte menor.

- i. Infarto del miocardio o **accidente** cerebrovascular (ACV / Ataque cardíaco).
 - j. Infección, excepto las infecciones provocadas a través de una herida causada únicamente por un **accidente**.
 - k. **Lesión** al conducir, embarcar o descender de una aeronave si **usted** estuvo operando la aeronave, aprendiendo a operarla, actuando como miembro de la tripulación o si la aeronave estaba siendo utilizada para un fin distinto del transporte de pasajeros.
 - l. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores.
 - m. Actividades deportivas no cubiertas.
2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones generales.

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

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

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

Beneficiario hace referencia al individuo mencionado en **su** solicitud para ser el destinatario de cualquier beneficio de Muerte accidental o beneficio por Muerte en transporte público. Si **usted** no designa a ningún **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** serán automáticamente los siguientes según el orden que se detalla:

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

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

DEPORTES Y ACTIVIDADES

DEPORTES Y ACTIVIDADES DE DESCANSO, RECREATIVAS, DE ENTRETENIMIENTO O BIENESTAR

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Deportes o actividades atléticas organizadas que involucren prácticas o juegos regulares o no programados por **su** escuela, o
 2. Los deportes o atletismo son interescolares, interuniversitarios, intramuros o de clubes deportivos; o
 3. Una actividad realizada de manera profesional o por un sueldo, recompensa o ganancia, o
 4. Gastos que surjan directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales, o
 5. Alguno de los puntos que se detallan a continuación:
 - Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial)
 - Caída libre
 - BMX estilo libre
 - Puentismo
 - Buceo sin equipo
 - Ala delta
 - Montar motos acuáticas
 - Alpinismo, donde una persona razonablemente prudente utilice sogas o guías en elevaciones de 4.500 metros o más; y
 - Paracaidismo
 - Carreras de cualquier animal, vehículo motorizado o BMX y
 - Skateboard
 - Saltos libres
 - Surf aéreo
 - Esquí, snowboard, excepto esquí o snowboard extremo y/o de fondo (no se provee cobertura por esquí ni snowboard extremo recreativo cuando se esquíe fuera de los territorios dentro de los límites marcados y/o por ningún esquí ni snowboard realizado contra el consejo de la escuela de esquí local o el ente de autoridad local)
 - Espeleología
 - Búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos que estén certificadas por PADI/NAUI/SSI o acompañadas por un instructor certificado y a profundidades menores a los 10 metros
 - Surf
 - Kayak en aguas rápidas y rafting en aguas rápidas.
-

RESPONSABILIDAD CIVIL

USTED ESTÁ CUBIERTO POR: (SOLO para StudentSecure Elite)

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

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

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO POR:

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

11. Apuestas o juego de cualquier tipo;
12. Animales o mascotas suyas o bajo su cuidado, custodia o control;
13. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales..

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

Tercero relacionado hace referencia a toda persona física o natural que no sea familiar **suyo, su** compañero de viaje, un pariente de ese compañero de viaje y cualquier otra persona o familiar con quien resida o se hospede.

TERRORISMO

USTED ESTÁ CUBIERTO POR: (SOLO para StudentSecure Elite, Select y Budget)

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

Usted no está cubierto, a menos que **usted** cumpla las siguientes condiciones:

1. La **lesión** o **enfermedad** no debe ser el resultado del uso de cualquier agente, material, dispositivo o arma biológica, química, **cibernética**, radioactiva o nuclear, y
2. **Usted** no debe tener una participación directa o indirecta en el acto de terrorismo, y
3. El Acto de Terrorismo no sucede en un país o lugar en el que el Departamento de Estado de los EE. UU. ha emitido una advertencia para viajeros de nivel 3 o superior que ha estado en vigencia dentro de los 60 días inmediatamente anteriores a **su** fecha de llegada y
4. Usted ha partido de un país o lugar dentro de los 10 días posteriores a la fecha de emisión de una advertencia para viajeros de nivel 3 o superior para ese país o lugar por parte del gobierno de los Estados Unidos.

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

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

A los fines de este seguro, un “acto de terrorismo” significa una acción que incluye, entre otras, el uso de la fuerza o la violencia y/o la amenaza de dicho uso de una persona o grupos de personas,

independientemente de que actúen solos, en representación o estén relacionados con organizaciones o gobiernos comprometidos con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, que incluye la intención de influenciar a un gobierno y/o causar temor al público general o a una parte del público.

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

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

Las siguientes definiciones se aplican a Terrorismo:

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

EXCLUSIONES GENERALES

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

1. **Enfermedades preexistentes**, durante los primeros seis (6) meses de cobertura bajo los seguros StudentSecure Elite y Select, durante los primeros doce (12) meses bajo el seguro StudentSecure Budget y quedan excluidas en toda la cobertura StudentSecure Smart, excepto los cargos que resulten directamente del **inicio de una enfermedad aguda preexistente**, una evacuación médica de emergencia o una repatriación de restos.
2. Enfermedades congénitas
3. Vacunas, exámenes físicos de rutina, y otros análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación o prevención, excepto conforme a StudentSecure Elite, como lo establece el beneficio de Vacunación.
4. Tratamiento odontológico, y tratamiento de la articulación temporomandibular, excepto el tratamiento odontológico de emergencia necesario para reemplazar un diente natural perdido o dañado en un accidente cubierto en virtud del presente o para el alivio de emergencia de un dolor de inicio agudo.
5. **Trastornos de salud mental** si el tratamiento se obtiene en un centro de **salud estudiantil**.
6. Terapia física si el tratamiento se obtiene en un centro de **salud estudiantil**.
7. Tratamiento quiropráctico, a menos que sea ordenado por anticipado por un **médico** para un tratamiento **médicamente necesario** relacionado con una **lesión** o **enfermedad** cubierta que no se presta en un **centro de salud estudiantil**.
8. Cuidado prenatal de rutina, embarazo, nacimiento, cuidado posnatal, y cuidados neonatales para un recién nacido, a menos que esté directamente relacionado con un **embarazo cubierto**.
9. Terminación opcional del embarazo.
10. Promoción y prevención de la concepción, lo que incluye, a título enunciativo: inseminación artificial, tratamiento contra la infertilidad o esterilización o reversión de la esterilización.
11. Todas las insuficiencias y **enfermedades de transmisión sexual**.
12. VIH, SIDA o ARC y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el VIH.
13. Trasplantes de órganos o tejidos o servicios relacionados.

14. **Lesión** sufrida total o parcialmente debido a los efectos de intoxicación o drogas que no sean administradas de conformidad con un tratamiento prescrito por un **médico**, excepto las drogas prescritas para el tratamiento por abuso de sustancias.
15. Uso voluntario de cualquier droga, narcótico o sustancia controlada, a menos que esté recetado por un **médico**.
16. Cargos que resulten u ocurran durante la comisión de una violación de la ley, lo que incluye, a título enunciativo, la participación en una actividad u acto ilegal, pero que no incluye infracciones de tránsito menores.
17. **Cirugía** de ojos, tal como la **cirugía** refractiva correctiva, cuando el objetivo principal sea corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo.
18. Dispositivos correctivos y aparatos médicos, que incluye anteojos, lentes de contacto, audífonos, implantes de cabello, refracción ocular, terapia visual, y cualquier examen o prueba relacionada con estos dispositivos, prótesis dentales o aparatos de ortodoncia, y todos los exámenes y pruebas de visión y audición.
19. Ortóptica y terapia visual para ojos.
20. Calzado ortopédico, dispositivos ortopédicos recetados que deben adjuntarse o colocarse en el calzado, tratamiento para los pies débiles, cansados, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, y tratamiento de callos, callosidades o uñas del pie.
21. Caída del cabello, que incluye pelucas, trasplantes de cabello o cualquier droga que prometa el crecimiento del cabello, ya sea que esté o no recetada por un médico.
22. Acné, lunares, verrugas, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad hipertrófica y atrófica de la piel, nevus.
23. Apnea del sueño u otros trastornos del sueño.
24. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, biorretroalimentación, acupuntura, recreacional, del sueño o musicoterapia, cuidado holístico de cualquier naturaleza, masajes y kinesiología.
25. Pruebas psicométricas, de inteligencia, de competencia, de comportamiento y educacionales.
26. Mientras se encuentre hospitalizado principalmente para recibir asistencia de **custodia, cuidados educacionales o de rehabilitación**, o cualquier tratamiento médico en cualquier establecimiento para el cuidado de los ancianos, excepto el cuidado de rehabilitación recibido luego del traslado directo de un **hospital** de cuidados agudos.
27. Fines cosméticos o estéticos, excepto para la **cirugía** reconstructiva cuando dicha **cirugía** esté directamente relacionada, y suceda a una **cirugía** cubierta por el presente.
28. Cambios en el cuerpo físico con la intención de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional, que incluye, entre otros, la **cirugía** de cambio de sexo.
29. Obesidad o cambios en el peso, incluido a título enunciativo, alambrado de dientes y todas las formas de **cirugía** de bypass gástrico.
30. Programas de ejercicios, ya sea que estén o no recetados o recomendados por un **médico**.
31. Incurrido como resultado de la exposición a una radiación nuclear no médica y/o a materiales radioactivos.
32. Cualquier enfermedad o lesión sufrida como consecuencia de epidemias, pandemias, emergencias de salud pública, desastres naturales u otras situaciones de brotes de enfermedades que puedan afectar la salud de una persona cuando, en forma previa a la fecha de entrada en vigencia cualquiera de los siguientes hayan sido emitidos:
 - a. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos hayan emitido una Advertencia/alerta de nivel 3 o superior para un lugar o destino que incluya **transporte público**; o
 - b. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos hayan emitido una Advertencia global o mundial/alerta de nivel 3 o superior

Esta exclusión es aplicable cuando 1) cualquiera de los anteriores estuvo en vigencia dentro de los 60 días inmediatamente anteriores a su Fecha de entrada en vigencia o 2) dentro de los 10 días

posteriores a la emisión de la advertencia/alerta **usted** no logró salir del país o el lugar. Esta exclusión no se aplica a los cargos que estén causados por COVID-19/SARS-CoV-2.

33. Con fines **investigacionales o experimentales**.
34. Complicaciones o consecuencias de un tratamiento o enfermedad no cubierto en virtud del presente.
35. Incurridos fuera de **su periodo del certificado**.
36. Presentado ante nosotros para el pago más de 60 días después del último día del **periodo del certificado**.
37. Superen los cargos **normales, razonables y usuales**.
38. No sean **médicamente necesarios**
39. No administrada u ordenada por un **médico**.
40. Brindado por un **familiar**, pariente u otra persona que normalmente resida con **usted**.
41. Prestado sin costo alguno para **usted**.
42. Inasistencia a una visita programada.
43. Cuando la salida del **país de residencia** haya sido para recibir tratamiento en el país/los países de destino.
44. Viajes o alojamientos, excepto conforme se indica en las secciones de ambulancia local, evacuación médica de emergencia, repatriación de restos y reunión de emergencia incluidas en este seguro.
45. Pagaderos en virtud de cualquier sistema de gobierno, incluido el sistema australiano de atención médica.
46. A pagar en virtud de las leyes de Indemnización laboral o Responsabilidad civil del empleador o por toda cobertura provista o exigida por la ley.
47. Guerra, acción militar o mientras se encuentre cumpliendo con su deber como un miembro de las fuerzas o unidades policiales o militares.
48. No incluidos como gastos aptos, conforme se describe en el presente.

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

Asistencia de custodia hace referencia al tipo de asistencia o servicio, prestado en cualquier lugar y denominado de cualquier forma, que está diseñado principalmente para ayudarlo a realizar sus actividades

diarias. La asistencia de custodia también incluye una asistencia no aguda para pacientes comatosos, semi-comatosos, con parálisis o mentalmente incompetentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Crónico hace referencia a una enfermedad que normalmente persiste por tres meses o más.

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

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

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

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

Dolor de inicio agudo (Emergencia dental) hace referencia a un evento súbito e inesperado de dolor que ocurre sin advertencia previa, ya sea a través de una recomendación del **médico** o dentista o mediante síntomas, que incluyen el dolor, que harían que una persona prudente busque atención médica antes del inicio del dolor. El **tratamiento** inicial debe obtenerse dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio súbito e inesperado de dolor.

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

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

Enfermedad hace referencia a un malestar, trastorno, **enfermedad**, patología, anomalía, dolencia u otra condición médica, física o de salud. La **enfermedad** no incluye problemas de aprendizaje, trastornos de conducta o problemas disciplinarios.

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

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

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

Examen físico de rutina hace referencia al examen del cuerpo físico realizado por un **médico** únicamente con fines preventivos o informativos, y no para el diagnóstico o tratamiento de cualquier condición. El examen físico de rutina también incluye análisis de diagnóstico, radiografías, y procedimientos con fines de investigación, prevención, o informativos.

Familiar hace referencia al padre biológico o putativo o hijo putativo; cónyuge actual; hermanos biológicos o putativos; padre, hijos o cuñados/as.

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

Inicio agudo de enfermedad preexistente hace referencia al **brote repentino e inesperado** o a la recurrencia **inesperada y súbita** de corta duración, que progresa con rapidez y requiere de atención de emergencia. Una **enfermedad preexistente** crónica o congénita, o que empeora gradualmente con el tiempo no es una enfermedad preexistente de inicio agudo. Una enfermedad preexistente de inicio agudo no incluye ninguna enfermedad por la cual, a la Fecha de Entrada en Vigencia, la Persona Asegurada (i) sepa o prevea razonablemente que recibirá, (ii) sepa que recibirá, (iii) había programado o (iv) le dijeron que recibiría atención médica, drogas o tratamiento.

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

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

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

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

Muerte accidental hace referencia a un evento súbito, no intencional e inesperado causado solamente por un medio externo y visible y que le produzca a **usted** una **lesión** y luego, la muerte. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 30 días siguientes al evento súbito, no intencional e inesperado y al que no haya contribuido una enfermedad o dolencia.

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

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

Nosotros/a nosotros/nuestro(s)/nuestra(s) hace referencia a WorldTrips.

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

1. Trasladados o transportados por **usted** cuando ocurra un **secuestro** o **secuestro exprés** en primer término y
2. Se entreguen durante el transcurso de un **secuestro** o **secuestro exprés**.

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

Paciente hospitalizado hace referencia a una persona que es un paciente que pasa la noche en un **hospital**, utilizando una habitación y consumiendo alimentos, y pagando por dichos servicios, o a un paciente mantenido en observación en un hospital por lo menos 12 horas.

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

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

Periodo del certificado hace referencia al periodo de tiempo que comienza en la fecha y hora de la **fecha efectiva del certificado** y que finaliza en la fecha y hora de la **fecha de finalización del certificado**, hasta 364 días, después de los cuales comenzará un nuevo período del certificado.

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

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

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

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

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

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

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

Tratado/ Tratante/Tratamiento hace referencia a todos los servicios y procedimientos prestados en el manejo o cuidado de un paciente a los efectos de identificar, diagnosticar, tratar, curar, prevenir, controlar o combatir una **enfermedad** o **lesión**, lo que incluye a título enunciativo: recomendación verbal o escrita,

consulta, examen, conversación, prueba o evaluación de diagnóstico de cualquier tipo, farmacoterapia u otra medicación o cirugía.

Tratamiento odontológico hace referencia al cuidado de los dientes, las encías o huesos que sostienen los dientes, incluidas las prótesis dentales y la preparación para las prótesis dentales.

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

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

SPECIMEN

ANEXO PARA DEPORTES OPCIONALES INTERUNIVERSITARIOS, INTERESCOLARES, INTRAMUROS O DE CLUBES

La sección de DEPORTES Y ACTIVIDADES se elimina por completo y se reemplaza por:

DEPORTES Y ACTIVIDADES

A. DEPORTES INTERUNIVERSITARIOS, INTERESCOLARES, INTRAMUROS O DE CLUBES

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Los deportes o actividades deportivas no están sancionadas por su escuela; o
2. La actividad fue realizada de forma profesional o por un sueldo, recompensa o beneficio económico; o
3. La lesión o enfermedad ocurre mientras usted no está cubierto; o
4. Los gastos surgen directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

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

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Deportes o actividades atléticas organizadas que involucren prácticas o juegos regulares o no programados por **su** escuela, o
2. Una actividad realizada de manera profesional o por un sueldo, recompensa o ganancia, o
3. Gastos que surjan directa o indirectamente de un elemento mencionado en las Exclusiones generales, o
4. Alguno de los puntos que se detallan a continuación:
 - Aviación (salvo cuando se viaja únicamente como un pasajero en un avión comercial)
 - Caída libre
 - BMX estilo libre
 - Puentismo

- Buceo sin equipo
- Ala delta
- Montar motos acuáticas
- Alpinismo, donde una persona razonablemente prudente utilice sogas o guías en elevaciones de 4.500 metros o más; y
- Paracaidismo
- Carreras de cualquier animal, vehículo motorizado o BMX y
- Skateboard
- Saltos libres
- Surf aéreo
- Esquí, snowboard, excepto esquí o snowboard extremo y/o de fondo (no se provee cobertura por esquí ni snowboard extremo recreativo cuando se esquíe fuera de los territorios dentro de los límites marcados y/o por ningún esquí ni snowboard realizado contra el consejo de la escuela de esquí local o el ente de autoridad local)
- Espeleología
- Búsquedas subacuáticas que impliquen aparatos de respiración subacuáticos a menos que estén certificadas por PADI/NAUI/SSI o acompañadas por un instructor certificado y a profundidades menores a los 10 metros
- Surf
- Kayak en aguas rápidas y rafting en aguas rápidas.

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

ANEXO DEL BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL OPCIONAL

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

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

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

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. Accidentes o siniestros causados o contribuidos por alguno de los siguientes:
 - a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, ya sea declarado o no declarado.
 - b. **Su** participación en una conmoción callejera, insurrección o trastorno violento.
 - c. **Su** servicio en las fuerzas armadas de un país.
 - d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** autoinfligida intencionalmente, ya sea que el individuo esté sano o demente.
 - e. El uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga, a menos que se use conforme a las instrucciones de un **médico**.
 - f. Comisión o intento de delito grave.
 - g. **Enfermedad, trastorno de salud mental** o embarazo.

- h. h. Como resultado directo o indirecto de: i) de intoxicación, como la definen las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el **accidente** o **lesión** que usted sufrió, o ii) intoxicación que concuerde con un nivel de alcohol en sangre de .08 BAC, lo que resulte menor ya sea directa o indirectamente. Infarto del miocardio o **accidente** cerebrovascular (ACV / Ataque cardíaco).
 - i. Infección, excepto las infecciones provocadas a través de una herida causada únicamente por un **accidente**.
 - j. **Lesión** al conducir, embarcar o descender de una aeronave si **usted** estuvo operando la aeronave, aprendiendo a operarla, actuando como miembro de la tripulación o si la aeronave estaba siendo utilizada para un fin distinto del transporte de pasajeros.
 - k. Tratamiento médico o quirúrgico para cualquiera de los anteriores.
 - l. Actividades deportivas no cubiertas
2. Nada de lo mencionado en las Exclusiones Generales.

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

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

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

Beneficiario hace referencia al individuo mencionado en **su** solicitud para ser el destinatario de cualquier beneficio de Muerte accidental o beneficio por Muerte en transporte público. En caso de que usted no designe a un **beneficiario** en la solicitud, el **beneficiario** el **beneficiario** serán automáticamente los siguientes según el orden que se detalla:

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

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

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

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

ANEXO DEL BENEFICIO POR RESPUESTA ANTE SITUACIONES DE CRISIS OPCIONAL

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

USTED ESTÁ CUBIERTO POR:

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

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

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

USTED NO ESTÁ CUBIERTO SI:

1. El **secuestro** o **secuestro expreso primero** se **produce** en Afganistán, República de África Central, República Democrática del Congo, Irak, Libia, Mali, Níger, Nigeria, Corea del Norte, Pakistán, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Siria, Venezuela, Yemen, o cualquier país con el que tengamos prohibido realizar transacciones debido a las sanciones impuestas por la Oficina de Control de Activos en el Exterior (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.
2. Un **secuestro exprés** o **secuestro** que resulte de un acto fraudulento, deshonesto o penal suyo o de un representante autorizado (ya sea que haya actuado solo o en connivencia con otros), a menos que la persona que autorice el pago del **rescate** haya realizado, antes del pago, todos los intentos razonables por determinar que la demanda de **rescate** o amenaza era genuina.
3. Los **gastos surgen directa o indirectamente** de un elemento mencionado en las Exclusiones generales.

Límites a la responsabilidad:

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

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

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

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

Secuestro exprés hace referencia a **su** abducción efectiva, transporte y **su** reclusión contra **su** voluntad por un mínimo de una hora cuando **usted** entregue **sus objetos personales** o activos disponibles a cambio de **su** liberación.

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

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

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

1. Traslados o transportados por **usted** cuando ocurra un **secuestro o secuestro exprés** en primer término y
2. Se entreguen durante el transcurso de un **secuestro o secuestro exprés**.

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

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