

OPTIMUM GLOBAL
INTERNATIONAL HEALTH INSURANCE



OPTIMUM GLOBAL PLAN PARA LATINOAMÉRICA

Guía y póliza para miembros

Julio de 2007

GUÍA Y PÓLIZA PARA MIEMBROS

Optimum Global Plan para Latinoamérica

Bienvenido a Optimum Global, los especialistas internacionales en seguros de salud. Apreciamos su negocio y queremos que usted esté convencido de que no solo estamos asegurando su salud de la mejor manera posible, sino que además le proporcionamos un servicio excelente. Queremos que usted siga siendo un cliente de Optimum Global en el futuro.

Este documento es tanto su póliza como una guía de su afiliación. En este se muestra la cobertura que usted tiene con su seguro (y lo que no está cubierto), y constituye el acuerdo entre usted y Optimum Global, junto con los términos de su póliza, la tabla de beneficios y su formulario de solicitud.

Nos hemos esforzado mucho para asegurarnos de que toda la información importante que usted necesita se encuentre en la guía para miembros. Sin embargo, si usted tuviera alguna otra pregunta, le recomendamos que se comunique con su asesor/intermediario financiero habitual o que visite nuestro sitio web: www.optimumglobal.com

CONTENIDOS

1. Definiciones	3
2. Condiciones generales	5
3. Cobertura del seguro	8
4. Alcance de la cobertura	8
5. Límites de responsabilidad	8
6. Deducible y seguro copartícipe	8
7. Beneficios cubiertos	9
8. Cómo hacer un reclamo	14
9. Exclusiones generales	15
10. Renovación de su póliza	17
11. Quejas	17
12. Tabla de beneficios	18

**LA GUÍA Y PÓLIZA PARA MIEMBROS EN INGLÉS
ES LA QUE PREVALECE.**

IMPORTANTE

Le pedimos que lea este documento. El mismo contiene información importante relacionada con su póliza.



DEFINICIONES

A continuación se definen algunas palabras que aparecen en su guía para miembros. Estas tienen el mismo significado dondequiera que se utilicen en la póliza ya sea que aparezcan con letra de molde oscura o que comiencen con mayúscula.

La compañía, nosotros, nuestra/nuestro, se refiere a Optimum Global Ltd.

El asegurado, usted, su/suyo se refiere a la entidad que se nombra como el Asegurado en los términos de la póliza, en caso de que se trate de la póliza de una empresa. En el caso de una póliza individual/familiar, se refiere al asegurado según se muestra en los términos de la póliza.

Accidente se refiere a lesiones corporales causadas por medios violentos, accidentales, externos y visibles y no por enfermedad, padecimientos o procesos físicos o mentales paulatinos.

Deducible anual se refiere a la suma total y acumulativa de gastos médicos en los que incurre una persona asegurada durante cualquier año cubierto por la póliza y, al exceder la misma, la póliza indemnizará o compensará al asegurado por los gastos médicos cubiertos por la póliza.

Formulario de solicitud se refiere a los formularios que usted firmó para solicitarnos esta póliza, incluyendo cualquier declaración o documento escrito que se haya entregado a la compañía y que contenga la información en la que nos basamos para emitir esta póliza. El asegurador utiliza las declaraciones escritas por un posible asegurado en un formulario de solicitud, con relación al asegurado o a sus dependientes, para determinar la aceptación del riesgo. Esto incluye cualquier historia clínica, cuestionario y otros documentos que se hayan entregado por el asegurador o que este haya solicitado antes de emitir la póliza.

Hospital aprobado se refiere a un hospital aprobado por la compañía para ofrecer un tratamiento que pueda ser pagado dentro de la póliza.

Afecciones congénitas se refiere a cualquier anomalía que incluye pero no se limita a enfermedades heredadas, defectos genéticos y defectos de nacimiento de la persona asegurada,

que existen desde antes del nacimiento o a partir del mismo, independientemente del momento que se descubre y/o del momento de la manifestación física de dichas anomalías y defectos.

Hijos dependientes está disponible para los hijos dependientes del asegurado hasta el decimonoveno cumpleaños (19no), si son solteros o hasta su vigésimo cuarto cumpleaños si es soltero y estudiante a tiempo completo [mínimo de doce (12) horas semanales] de un instituto o universidad acreditado en el momento en que se realice la reclamación. La cobertura para dichos dependientes se extiende hasta la próxima fecha de aniversario de la póliza, luego de alcanzarse la edad de diecinueve (19) años si es soltero o veinticuatro (24) si es soltero y estudiante a tiempo completo de un instituto o universidad acreditado.

Fecha de vencimiento se refiere a la fecha de comienzo o renovación de la cobertura según aparece en los términos de la póliza o a la fecha en la que se vence cualquier pago anual o subsiguiente de la prima.

Fecha de entrada en vigor es la fecha en la cual comienza la cobertura bajo esta póliza y la cual se enuncia en los términos de la póliza después de que dicha póliza sea aprobada por la compañía.

Persona a cargo elegible incluye al cónyuge del asegurado o a la persona con la que convive y que sea del sexo opuesto, hijos naturales, hijos adoptados legalmente o hijos que un tribunal de jurisdicción competente ha designado al asegurado como un tutor legal, y todas aquellas personas identificadas en la solicitud que están cubiertas bajo esta póliza.

Persona elegible, en el caso de la póliza de una empresa, se refiere a sus empleados permanentes y a tiempo completo en la fecha de comienzo de la póliza, en cualquier fecha de renovación y quienes hayamos acordado por escrito que son elegibles para participar en el plan de seguro dentro de esta póliza. En el caso de una póliza individual/familiar se refiere a usted y a cualquiera de sus dependientes elegibles.

Tratamiento dental de emergencia es el tratamiento necesario para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos, dañados o perdidos en un accidente que esté cubierto.

Para tener cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia tiene que tratarse dentro de los catorce (14) días desde la fecha del accidente cubierto por la póliza.

Reclamación por emergencia médica se refiere a una afección médica que sea el resultado de un accidente o al comienzo o empeoramiento repentino de una enfermedad grave que:

- a. represente un peligro inmediato y grave para la salud del asegurado y
- b. requiera atención médica inmediata de un médico.

Transporte de emergencia: El transporte de emergencia (ambulancia terrestre o aérea) solo tiene cobertura para el tratamiento de una afección que esté cubierta y para la cual no puede proporcionarse tratamiento en la localidad y el transporte mediante cualquier otro método daría como resultado la pérdida de la vida o de una extremidad. El transporte de emergencia hacia la institución médica más cercana debe ser provisto por una compañía debidamente autorizada y con licencia. El vehículo o aeronave debe estar provisto de un personal con capacitación médica y debe estar equipado para manejar emergencias médicas.

- a. Ambulancia aérea:
 - i. Todo el transporte por ambulancias aéreas debe tener la aprobación previa de Optimum Global y ser coordinado por la misma o por su representante.
 - ii. El asegurado acuerda eximir de responsabilidad al asegurador, el reasegurador,
- b. Optimum Global y a cualquier otra compañía afiliada con el asegurador, el reasegurador o con Optimum Global ya sea por titularidad o administración, de cualquier negligencia que sea el resultado de dichos servicios o por demoras o restricciones en los vuelos debidas a problemas médicos, por restricciones gubernamentales o del piloto debido a problemas de funcionamiento o por negligencias que se deriven de dichos servicios.
- c. Transporte terrestre: La suma máxima a pagarse por este beneficio es mil dólares (\$1,000) por incidente.

País de origen significa el país que se declaró en la solicitud. Este es el país al cual el asegurado regresará si desea hacer una reclamación por repatriación. El país de origen de las personas a cargo del asegurado se considerará el mismo país de origen que haya declarado el asegurado en el formulario de solicitud.

Cobertura en el país de origen se refiere a la cobertura que se establece en la póliza en el país de origen del asegurado.

Hospital se refiere a una institución que esté autorizada legalmente como hospital médico o quirúrgico en el país en el que se encuentre. Debe estar bajo la supervisión constante de un médico. Esto no incluye cualquier entidad que sea primordialmente un lugar para alcohólicos, drogadictos, un hogar de ancianos, hogar de convalecencia o cualquier otro establecimiento similar.

Enfermedad se refiere a una afección física que esté marcada por la desviación patológica del estado de salud normal.

Lesión se refiere a cualquier daño imprevisible ocasionado al cuerpo por causa exclusiva y directamente por un accidente.

Paciente hospitalizado se refiere a una persona ingresada en un hospital para recibir tratamiento y por el cual el hospital emite un cargo diario por alojamiento y comidas. También incluye el ingreso de cualquier duración con el objetivo de realizar una cirugía y cualquier preparación y procedimiento que esté relacionado con la cirugía sin incurrir en ningún gasto por alojamiento y comida

Persona asegurada se refiere a cualquier persona o dependiente elegible que tenga cobertura bajo esta póliza. Para evitar todo tipo de dudas, es una persona a quien se le ha completado una solicitud, a quien se le ha pagado la prima y a aquella persona a quien el asegurador ha provisto e iniciado cobertura.

Médico se refiere a la persona que esté capacitada legalmente para ejercer la medicina, luego de asistir a una facultad de medicina reconocida, para proporcionar tratamiento médico y que sea autorizada bajo licencia por las autoridades sanitarias competentes en el país donde se ofrezca el tratamiento pero que no debe ser el asegurado ni un familiar, ni hermano, ni su cónyuge, ni hijo o padre del asegurado.

Año de la póliza se refiere al período de 12 meses comenzando desde la fecha original de inicio (comienzo) de esta póliza y cada período consecutivo de 12 meses, período que le da a esta póliza para que se renueve.



Padecimientos preexistentes se refieren a cualquier lesión, enfermedad, afección o síntoma:

- a. para el que usted o la persona asegurada ha buscado o recibido tratamiento, medicamentos, asesoramiento o diagnóstico previstos por usted o la persona asegurada previo al comienzo de esta póliza para la persona asegurada en cuestión o
- b. que se originaron o eran de su conocimiento previo al comienzo de esta póliza, ya sea buscado o no, recibido o no, tratamiento, medicamentos, asesoramiento o diagnóstico.

Cargos razonables y usuales se refiere a aquellos cargos por atención médica que nosotros o nuestros asesores médicos consideramos que son razonables y usuales si están dentro de un nivel general de los cargos que realizan otros proveedores de servicios médicos de categoría similar en la localidad donde se realicen los gastos al dar tratamiento, servicios o suministros comparables a personas del mismo género y dentro de la misma edad por una enfermedad o lesión similar.

Términos se refiere a los términos de esta póliza, titulados «Términos de la póliza» donde se establecen las condiciones fundamentales como el nombre del asegurado, las personas aseguradas, los beneficios y los límites de la póliza.

Enfermedades graves se refiere, con el propósito de interpretar la cobertura de evacuación médica de emergencia, a una enfermedad que, en la opinión de la compañía o de su representante autorizado, constituye una emergencia médica grave o que pone en peligro la vida y requiere la evacuación inmediata para recibir tratamiento urgente con el objetivo de evitar la muerte o una incapacidad grave que afecte la salud del asegurado, ya sea de forma inmediata o a largo plazo. A menos que se haya acordado de otro modo indistintamente con la compañía, esto no significa que se refiera a cualquier circunstancia en la que la persona asegurada pueda viajar sin compañía médica. La gravedad de la enfermedad se juzgará dentro del contexto de la ubicación geográfica del asegurado y de la disponibilidad local de atención o instalaciones médicas adecuadas.

Especialista se refiere a un médico capacitado y autorizado y con licencia que tiene la preparación adicional necesaria así como la pericia para ejercer como especialista reconocido en técnicas de diagnóstico, tratamiento y prevención, en un campo específico de la medicina como psiquiatría,

neurología, pediatría, endocrinología, obstetricia, ginecólogo, dermatología, etc.

Enfermedad terminal se refiere a una enfermedad avanzada o que progresa rápidamente y que se espera resulte en el fallecimiento de la persona asegurada dentro de 12 meses, y este diagnóstico concluyente debe estar certificado por el especialista y por el asesor médico de la compañía.

País de residencia habitual se refiere al país donde el asegurado vive con más frecuencia la declaración en el formulario de aplicación o cualquier otro país que el asegurado nos haya pedido sustituir como su nuevo país donde el asegurado vivirá con mas frecuencia siempre y cuando:

- a. Se nos informe por escrito de cualquier cambio de dirección permanente* en el país donde el asegurado vive con más frecuencia y
- b. Confirmemos que nuestro acuerdo continúe asegurando al asegurado bajo esta póliza según los términos que consideremos adecuados.

* Se considera que el asegurado debe hacer un cambio permanente en el país donde vive con más frecuencia si la persona asegurada vive o tiene la intención de vivir en otro país por más de (3) meses consecutivos.

Período(s) de espera se refiere al/los período(s) de tiempo (según se especifican en los términos) desde la fecha de inicio original (comienzo) de la póliza durante el cual la póliza no cubre ningún tratamiento sea cual fuere la causa.

CONDICIONES GENERALES

Es una parte importante de nuestro contrato que usted cumpla con las siguientes condiciones generales:

- 1. Alcance geográfico:** Esta póliza cubre a los asegurados a nivel mundial durante las veinticuatro (24) horas. Cualquier tratamiento que se incurra en los Estados Unidos de América (EE.UU.) estará sujeto al deducible y al seguro copartícipe pertinente.
- 2. Coordinación de beneficios:** Esta póliza solo ofrecerá indemnización de manera proporcionada si el asegurado tiene algún otro seguro en vigor o si tiene derecho a indemnización proveniente de alguna otra fuente con relación al mismo accidente, enfermedad, muerte o gasto. Tenemos derecho hasta donde la ley lo permita, a entablar acción legal a nombre suyo o del asegurado, pero a cuenta nuestra, con el objetivo de recuperar para nuestro beneficio la cantidad de cualquier pago que hayamos hecho según la póliza.
- 3. Cooperación:** No seremos responsables bajo esta póliza a menos que usted o el asegurado hagan todo lo siguiente:
 - a. coopere por completo con nosotros y con nuestros asesores médicos y
 - b. completamente y fielmente revele todos los factores y asuntos relevantes que el asegurado sepa o debiera saber y
 - c. a nuestra solicitud, firme cualquier documento que autorice a la compañía a obtener información relevante a expensas del asegurado, de cualquier médico y hospital o de otras fuentes.
- 4. Cambios importantes:** Se nos debe informar inmediatamente por escrito de cualquier cambio importante en la información o en las circunstancias, ya sea que se relacione con ocupación, actividad de negocios o deportiva que le afecte a usted o a cualquier asegurado. Nos reservamos el derecho de continuar la cobertura para el asegurado según los términos y condiciones que consideremos adecuados debido al cambio en la información o las circunstancias, o de negarnos a continuar la cobertura según esta póliza.
- 5. Comienzo de la cobertura:** Todas las personas elegibles en la fecha de inicio de la póliza estarán cubiertas por la póliza en dicha fecha a menos que le notifiquemos lo

contrario. Si una persona a cargo elegible está reclusa en el hospital en la fecha en la que la cobertura de seguro entra en vigor, la cobertura no tendrá vigor hasta que dicha persona sea dada de alta. Con excepción de un niño recién nacido, la cobertura se iniciará desde la fecha de nacimiento, siempre y cuando se haya presentado una notificación por escrito dentro de treinta (30) días del nacimiento y nosotros lo hayamos aprobado. La solicitud debe ir acompañada de un certificado de nacimiento.

- 6. Datos requeridos:** Si esta póliza se aplica según las pautas señaladas para solicitudes individuales/familiares o de empresas, usted debe proporcionarnos información detallada que muestre el nombre del asegurado, sexo, ocupación, fecha de nacimiento, plan médico, información médica, país de origen, país donde vive con más frecuencia, fecha de entrada en vigor, fecha de vencimiento de la cobertura y cambios en los beneficios. Usted debe notificarnos por escrito dentro de treinta (30) días cualquier adición o supresión de una persona asegurada según esta póliza. Cobraremos o reembolsaremos la prima correspondiente, según proceda, dentro de los planes identificados de la empresa.

Si la póliza se aplica basada en la plantilla de personal (grupos clasificados según sus antecedentes), usted debe proporcionarnos información detallada que muestre el nombre del asegurado, sexo, ocupación, fecha de nacimiento, plan médico, información médica, país de origen, país donde vive con más frecuencia y la fecha de entrada en vigor antes de cada fecha de renovación.

Usted debe proporcionarnos toda la información y documentos que solicitemos razonablemente con relación a cualquier asunto concerniente a esta póliza. No seremos responsables por errores u omisiones que surjan directa o indirectamente de cualquier error u omisión en cualquier información o documentos que para dicho propósito se hayan presentado. Sus expedientes deberán estar disponibles en cualquier momento razonable y bajo sus expensas para que nosotros los inspeccionemos, pues en nuestra opinión pudieran tener importancia en la cobertura de seguro que se ofrece en esta póliza. Usted debe notificarnos inmediatamente de cualquier cambio en la naturaleza de su negocio y pagar cualquier prima adicional que sean requerida por nosotros.



7a. Renovación de pólizas individuales/familiares: Su cobertura se renueva automáticamente para el próximo año al pagar la prima de renovación antes de la fecha de vencimiento, siempre y cuando el plan que usted haya seleccionado para dicha póliza todavía esté disponible. En la fecha de renovación, pudiéramos variar los beneficios, la cobertura y/o la prima enviándole un aviso por escrito con treinta (30) días de antelación.

7b. Renovación de las pólizas para empresas: La póliza se renueva automáticamente por un plazo más de 1 (un) período de duración de la póliza en cada fecha de renovación. En cada renovación anual de la póliza, tenemos el derecho de variar los términos y las condiciones de la póliza enviándole un aviso por escrito con treinta (30) días de antelación.

8. Terminación: Usted puede terminar la póliza, con vigencia a partir de cualquier fecha de renovación, al proporcionar un aviso por escrito con treinta (30) días de antelación expresando su intención de no renovar la póliza.

La compañía puede terminar la póliza por razones de no presentar toda la información, fraude o intento de fraude, según lo determine la compañía.

Con respecto a las pólizas de empresas, si hay cinco (5) empleados o menos asegurados como las personas aseguradas según esta póliza en cualquier fecha de renovación, nos reservamos el derecho a terminar esta póliza de grupo y a ofrecer afiliación individual sin más evaluación de riesgos, siempre y cuando la cobertura permanezca igual.

En caso de guerra (declarada o no) o de un acto de guerra (ya sea que se haya declarado la guerra o no), nos reservamos el derecho de notificar la terminación de esta póliza, y la fecha de terminación queda a nuestra exclusiva discreción.

9. Terminación de la cobertura de un asegurado. La cobertura de un asegurado según esta póliza terminará automáticamente en la fecha en que se produzca por primera vez alguno de los siguientes acontecimientos:

- a. se termina toda la póliza según lo dispone la cláusula 8 de esta sección;
- b. con relación a las solicitudes de empresas, el día en

- a. que el asegurado renuncie, se retire o deje de ser su empleado;
- c. cuando el asegurado es una persona a cargo elegible y esta deja de calificar como una persona a cargo elegible de la persona elegible o cuando la persona elegible ya no esté asegurada con esta póliza;
- d. cuando usted solicite la cancelación;
- e. no se pague la prima después de la fecha de vencimiento de la prima según lo dispone la cláusula 12 de esta sección.

10. Cancelación: Usted puede cancelar la póliza con vigencia a partir de cualquier fecha de renovación, al proporcionar un aviso por escrito con treinta (30) días de antelación expresando su intención de no renovar la póliza. La cobertura para todas las personas aseguradas cesará en la fecha de renovación.

Nosotros podemos suspender o cancelar el servicio dando un aviso con tres meses de antelación antes del aniversario de la póliza y ofreciéndole otra póliza similar.

11. Frecuencia del pago de primas: Todas las pólizas se consideran pólizas anuales y las primas serán anuales a menos que autoricemos otra frecuencia de pago.

12. Pago de primas: Usted debe pagar cualquier prima pagadera y nosotros debemos recibirla en su totalidad

- a. antes de la fecha de inicio de una póliza nueva o de la fecha de renovación de una póliza ya existente o
- b. en el caso en que la compañía haya aceptado un pago que no sea anual por adelantado (por ejemplo, semi-anual), las primas se vencen en la fecha(s) de pago que aparecen en la factura.

Es responsabilidad suya garantizar que la compañía reciba las primas antes de la fecha de vencimiento. Si la compañía no recibe las primas en un plazo de 30 días de la fecha de vencimiento, nos reservamos el derecho de cancelar la póliza o de añadir exclusiones/restricciones a una nueva póliza.

Con relación a las pólizas de empresas, en el caso de que usted haya confirmado la renovación de esta póliza pero no nos haya facilitado todos los datos necesarios para la renovación de esta póliza antes de la fecha de renovación, emitiremos una factura que muestre el estimado de la prima de renovación que usted deberá pagar para el próximo período de

duración de la póliza. El pago de dicho estimado de renovación de la póliza deberá hacerse dentro del plazo que se mencionó anteriormente. En el caso de cualquier prima pagadera que no se nos pague dentro del período de pago que se mencionó anteriormente, nos reservamos el derecho a terminar esta póliza a partir de la fecha de renovación y quedaremos eximidos de toda responsabilidad.

Para evitar cualquier duda, si la compañía no ha recibido la prima, no se pagarán las reclamaciones (ni se acordará su pago).

13. **Reembolsos:** Si un asegurado o la compañía cancela la póliza después de que esta se ha emitido, restablecido o renovado, podremos reembolsar la prima sobre la base de un prorrateo. El costo de la póliza no es reembolsable.
14. **Edad:** Con el objetivo de determinar las primas por pagar, la edad del asegurado debe basarse en la edad de su último cumpleaños. Si la edad de cualquier persona asegurada se ha expresado mal, nos reservamos el derecho de corregirla y cobrar la prima adecuada o de cancelar la póliza.
15. **Fraude:** Si cualquier reclamación fuera falsa en cualquier aspecto o si el asegurado, cualquier dependiente elegible o cualquiera que actúe en nombre de ellos, utiliza medios o recursos fraudulentos para obtener beneficios según esta póliza, la póliza será cancelada de inmediato y se perderán todos los beneficios y primas.
16. **Transferencia:** Ni usted ni el asegurado tienen derecho a transferir esta póliza ni algún tipo de cobertura que se efectúe bajo esta póliza.
17. **Leyes que aplican:** Los términos y condiciones de esta póliza estarán regidos y se interpretarán, aplicarán y se harán cumplir en conformidad con las leyes del Reino Unido.
18. **Unidad monetaria para los pagos:** El pago de todas las reclamaciones y beneficios se hará en la moneda en que se efectúe la póliza. Los gastos que se realicen en cualquier otra moneda se pagarán en la moneda de la póliza, basado en la tasa de cambio que utilizamos en la fecha en que se efectuaron las reclamaciones.



COBERTURA DE SEGURO

Este documento junto con los términos de su póliza y la tabla de beneficios constituye su póliza de seguro. Optimum Global ha emitido la póliza de seguro a nombre de Templeton Insurance Ltd. Templeton es la mayor empresa de seguro general en la isla de Man, un centro de talla mundial reconocido por la protección al asegurado y regulaciones claras. Templeton Insurance Ltd cuenta con garantía de reaseguro para los planes de salud de Optimum Global a través de AVIVA Limited, una sucursal de AVIVA plc. AVIVA plc es el quinto grupo de seguros más grande del mundo con 58.000 empleados a nivel mundial y le presta servicios a 35 millones de clientes. AVIVA plc tiene más de 598 mil millones de USD en activos circulantes y una clasificación A+ de Standard & Poors. Además tiene una clasificación Aa2 (excelente) según Moody's. El nombre AVIVA fue adoptado cuando tres empresas aseguradoras grandes: Norwich Union, General Accident y Commercial Union, unieron fuerzas para convertirse en el asegurador más grande del Reino Unido.

ALCANCE DE LA COBERTURA

Esta póliza pagará hasta los límites y sub-límites que se establecen en los términos por gastos médicos y otros tipos de gastos cubiertos según se definen y como resultado directo de que el asegurado sufra un accidente, enfermedad, muerte o algún otro acontecimiento que esté cubierto. Pagaremos cualquier beneficio que se adeude según esta póliza ya sea al asegurado o a los proveedores de servicios médicos o de transporte cubiertos o cualquier otro servicio cuyo recibo oficial para pagar dicho beneficio nos libere de la responsabilidad que tenemos en la póliza. Solo se pagarán los cargos razonables y usuales en la zona geográfica donde se ofrezcan el tratamiento y los servicios que estén cubiertos. En todos los casos debe presentarse una prueba satisfactoria de la reclamación y nosotros podríamos nombrar administradores independientes para resolver las reclamaciones en nuestro nombre.

LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de la compañía está limitada a los sub-límites que las condiciones del plan para cada artículo o tipo de cobertura que se ofrezca. El límite anual por persona asegurada que se establezca en las condiciones del plan es el

monto máximo recuperable pajo la póliza, como un conjunto, con respecto a cualquier persona asegurada durante cualquier año de póliza. Si tales beneficios son adecuadamente reclamados luego de la fecha de terminación o de no renovación de la póliza, si los montos a pagar serán calculados como si los gastos hubiesen sido contraídos en su totalidad durante el año previo asegurado.

DEDUCIBLE Y SEGURO COPARTICIPE

Un deducible es la cantidad de un reclamo en el cual la persona asegurada corre con este cargo antes de que se paguen beneficios relevantes dentro de esta póliza

Un Deducible Total Anual es la cantidad acumulativa total de gastos médicos que incurre un asegurado durante cualquier año de póliza y que al excederse de la misma la póliza indemnizará o compensará al asegurado por gastos médicos que estén cubiertos dentro de la póliza. Con el objetivo de reclamar cualquier gasto que exceda al deducible, la persona asegurada debe ser capaz de justificar que dicho gasto, que se considera dentro de la categoría de deducible, habría estado cubierto por la póliza si no se hubiese aplicado el deducible.

El Deducible de los Estados Unidos de América (EE.UU.) se aplica a cualquier tratamiento al paciente ingresado o ambulatorio en los Estados Unidos. El deducible de los Estados Unidos es un Deducible Total Anual aparte del Deducible Total Anual aplicable.

El seguro copartícipe se refiere a la proporción de reclamaciones por gastos médicos cubiertos por los que el asegurado debe pagar.

Las cantidades deducibles y los seguros copartícipes y los aspectos cubiertos a los que se aplican se expresan en los términos. Las cantidades deducibles y las contribuciones de los seguros copartícipes se acumulan anualmente para esta póliza, y el orden en que se aplicarán a las reclamaciones elegibles es: primero las cantidades deducibles y luego las cantidades de seguros copartícipes.

BENEFICIOS CUBIERTOS (REVISIÓN DE LA PÓLIZA)

Los siguientes beneficios están disponibles. Puede que no todos los beneficios apliquen cuando nos referimos a su a su póliza, así que por favor consulte los términos para determinar la cobertura que en realidad se ofrece al asegurado en cuestión. Si usted ha optado por un deducible, los gastos médicos solo se pagarán cuando excedan al deducible a menos que se indique lo contrario.

I. HOSPITAL Y SERVICIOS RELACIONADOS

i. Tratamiento y servicios de hospital

Todo tratamiento y servicios médicos necesarios provistos por un médico o por orden de un médico a asegurado cuando ingresa como paciente es admitido y registrado a un hospital. La cobertura incluye alojamiento en el hospital (hasta el costo de una habitación estándar privada con una sola cama y aire acondicionado; costo de las comidas; servicios generales de enfermería; instituciones y servicios de diagnóstico, laboratorio u otros establecimientos o servicios que sean médicamente necesarios; honorarios de médicos/cirujanos/anestesiólogos o costos de fisioterapeutas; costos de salón de operaciones; unidades de cuidados intensivos; consultas o visitas a especialistas y todas las medicinas, apósitos o medicamentos recetados por el médico encargado del tratamiento para el uso en el hospital). No cubrimos los gastos por mercancías o servicios que no sean necesarios desde el punto de vista médico como teléfono, televisión y periódicos.

ii. Tratamiento de cáncer

Cargos por el tratamiento del cáncer en un asegurado, independientemente si el dicho tratamiento se recibe como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio en un centro registrado para el tratamiento del cáncer.

iii. Tratamiento de hemodiálisis

Cargos por el tratamiento de hemodiálisis en un asegurado, independientemente si el dicho tratamiento se recibe como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio en un centro de diálisis legalmente registrado.

iv. Tratamiento de fisioterapia

Cargos por el tratamiento de fisioterapia que un asegurado recibe como paciente hospitalizado.

v. Tratamiento psiquiátrico

Pagaremos los costos del tratamiento psiquiátrico que se reciba como paciente hospitalizado en la unidad de psiquiatría de un hospital luego de que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por un período continuo de 24 meses.

Todo el tratamiento debe administrarse bajo el control directo de un psiquiatra acreditado.

vi. Cirugía ambulatoria

La cobertura provista por el beneficio de Tratamiento y servicios de hospital se extiende para incluir la cirugía ambulatoria. Cirugía ambulatoria se refiere a todos los procedimientos necesarios desde el punto de vista médico así como el tratamiento relacionado con el mismo, que se proporcionen al asegurado en un hospital por parte de un médico o por prescripción de este y que no implican pasar la noche. No pagamos procedimientos ni tratamientos relacionados que no sean quirúrgicos.

vii. Sala de urgencias y servicios de urgencia

Los servicios proporcionados al asegurado como paciente ambulatorio en una sala de urgencias luego de una afección médica de urgencia o de un accidente.

viii. Especialista prehospitalario y servicios de diagnóstico

Los cargos de un especialista, laboratorio, radiografías u otros procedimientos de diagnóstico necesarios desde el punto de vista médico, prescritos por un médico y que dentro de 60 (sesenta) días de su realización dan como resultado que el asegurado sea ingresado en un hospital para el tratamiento de la afección médica específica que se diagnosticó, siempre y cuando dicha afección esté cubierta por la póliza.

ix. Tratamiento de seguimiento post-hospitalario

El tratamiento de seguimiento necesario desde el punto de vista médico y prescrito por un médico debe suministrarse hasta 90 (noventa) días a partir del día que el asegurado es dado de alta del hospital y en total por cualquier reclamación o incapacidad. La cobertura está restringida al tratamiento de seguimiento de la afección médica específica por la cual la persona asegurada recibió tratamiento cubierto por la póliza durante un ingreso.



x. Alojamiento en el hospital para el padre que acompañe a un hijo asegurado

Los cargos de alojamiento en los que incurra uno de los padres que comparta la sala de hospital de un hijo asegurado menor de dieciocho (18) años, donde a este último se le trata por enfermedad o lesión en un hospital, como paciente ingresado durante un período de tiempo y donde el médico a cargo ha aconsejado por escrito que uno de los padres debe permanecer con el hijo asegurado. El máximo de la cobertura es tres (3) días.

xi. Servicios de ambulancia local por emergencias

El transporte del asegurado, necesario desde el punto de vista médico, por medio de ambulancia terrestre a un hospital local. La cobertura se extiende para incluir el transporte local del asegurado entre aeropuertos y/o el hogar y/o hospitales en un taxi u otro medio de transporte adecuado con el objetivo de recibir tratamiento hospitalario que esté cubierto por la póliza.

Por propósito de esta cláusula, "local" significa dentro del país en el que se encuentre el asegurado cuando requiera el servicio.

xiii. Medicamentos por receta después de una hospitalización

Los medicamentos que sean necesarios desde el punto de vista médico y que estén restringidos legalmente a la orden de un médico y se receten para el uso del asegurado dentro de 90 (noventa) días a partir del día que el asegurado sea dado de alta del hospital y en total por cualquier reclamación o incapacidad.

La cobertura se restringe al tratamiento de seguimiento por el cual la persona asegurada recibió tratamiento cubierto por la póliza durante su ingreso al hospital.

xiii. Atención de enfermería domiciliaria

Luego de recibir el alta del hospital, el costo de los servicios a tiempo completo o parcial de una enfermera titulada por el estado o el gobierno, en el hogar del asegurado, siempre que se cumplan todas las condiciones siguientes:

- es ordenado por un médico para el tratamiento continuo de la afección médica específica por la que el asegurado estuvo hospitalizado y

- es crucial por razones médicas, a diferencia de razones domésticas.

La cobertura está limitada a un período máximo de veintiséis semanas (26) en cualquier año de la póliza y es el total de un reclamo o acontecimiento.

xiv. Efectivo diario por hospitalización

Si un asegurado es ingresado en un hospital como paciente que no paga, donde el tratamiento que recibe es gratuito y está cubierto según los términos de esta póliza, le pagaremos al asegurado un beneficio de efectivo diario por hospitalización hasta los sub-límites que se muestran en los términos y durante un máximo de treinta (30) días por cada incapacidad. El beneficio estará sujeto a una inspección y aprobación nuestra.

2. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

El costo de una operación para el transplante de los riñones, el corazón, el hígado, pulmones o la médula espinal, donde la persona asegurada es el receptor. No pagamos el costo de adquirir el órgano o los gastos que incurra el donante. Ningún otro tipo de beneficio asegurado por la póliza ofrece cobertura en conexión con el transplante de órganos.

Solo pagaremos por el transplante que se considere necesario debido a las consecuencias de una enfermedad que reúna los requisitos para un transplante. No pagaremos ningún transplante que se realice con órganos orgánicos u órganos de animales. No pagaremos ningún costo asociado con la adquisición del órgano y no pagaremos los gastos médicos del donante.

3. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y REPATRIACIÓN

Este beneficio aplica mientras usted esté viajando:

- a. fuera de su país de origen o de su país de residencia habitual de vacaciones o por negocios, sin exceder cuarenta y cinco (45) días por viaje y
- b. dentro del país de origen o del país de residencia habitual pero excluyendo zonas de guerra, países donde las condiciones imperantes hagan que la evacuación o la repatriación sean imposibles. La compañía y sus asesores médicos se reservan el derecho absoluto de decidir si la afección médica es lo suficientemente grave como para autorizar la evacuación médica de emergencia y/o la repatriación. La compañía o sus asesores médicos también decidirán el lugar al que el asegurado será evacuado y los

medios mediante los cuales deberá realizarse la evacuación, luego de considerar todos los hechos y circunstancias de los que la compañía esté consciente en el momento pertinente.

A. Asistencia y evacuación médica de emergencia

La cobertura bajo esta cláusula de beneficio 3A se define como:

i. Evacuación médica de emergencia

Solo pagaremos por arreglos de evacuación o repatriación si tiene la aprobación y autorización previas de nuestro Centro de Asistencia para Emergencias que funciona las 24 horas.

Pagaremos todos los gastos de transporte razonables de la persona asegurada para que esta sea evacuada con el objetivo de recibir tratamiento como paciente ingresado si dicho tratamiento está cubierto por la póliza y su médico lo recomienda por razones médicas y no está disponible en la localidad. Esto debe tener aprobación previa de nuestro Centro de Asistencia para Emergencias. El asegurado debe proporcionarnos cualquier información o prueba que podamos pedirle con justificación para sustentar su solicitud. Solo pagaremos la evacuación de la persona que requiera el tratamiento, al lugar más cercano donde el tratamiento esté disponible. Esto pudiera ser a otro lugar del país en el que se encuentre si fuera adecuado. Por favor tenga en cuenta que el país más cercano pudiera no ser el país de origen del asegurado.

ii. Viaje por motivos familiares

Pagaremos los gastos de un pasaje de regreso en clase turista y todos los cargos complementarios (alojamiento, comida y transporte solamente) hasta el límite que se expresa en la tabla de beneficios, para que un familiar acompañe a un asegurado que se enferme gravemente mientras viaja solo fuera del país de origen o del país de residencia habitual siempre y cuando:

- El asegurado ha estado o será ingresado en un hospital durante un período mayor de siete (7) días y con nuestra aprobación previa
- Nosotros o nuestros asesores médicos consideremos que sea necesario por razones médicas y/o para evitar la necesidad de evacuación médica.

iii. Regreso de hijos menores

El gasto, hasta el costo de pasajes de regreso en clase

turista y todos los cargos complementarios usuales, para regresar al país de origen o al país de residencia habitual a niños que hayan quedado desatendidos como resultado del accidente, enfermedad, muerte, hospitalización o evacuación médica, cubierta por la póliza, del adulto acompañante asegurado.

iv. Despacho de medicinas

Los gastos incurridos por la compañía o por orden de esta o de sus asesores médicos para reemplazar artículos médicos esenciales para un asegurado que viaja fuera del país de origen o del país de residencia habitual en circunstancias en las que dichos artículos se han perdido o han sido robados y no hay reemplazos o sustitutos adecuados en la localidad.

B. Repatriación

La cobertura bajo esta cláusula de beneficio 3B se define como:

i. Gastos por repatriación, viaje o alojamiento

Pagaremos los gastos en los que se haya incurrido necesaria e inevitablemente para regresar al asegurado a lo más cercano al país de origen o al país de residencia habitual luego de una evacuación de emergencia siempre y cuando dichos gastos adicionales sean necesarios desde el punto de vista médico y hayan sido previamente aprobados por nosotros o nuestros asesores médicos. Esto no se aplicará si se realiza una evacuación médica de emergencia dentro del país de origen. También pagaremos por los gastos razonables de transporte para que otra persona viaje o permanezca con el asegurado durante la evacuación cuando se considere necesario por razones médicas. Solo pagamos una repatriación por enfermedad o lesión.

ii. Repatriación o entierro local de restos mortales

Pagaremos los costos de preparación y transportación aérea de los restos mortales de un asegurado desde el lugar de la muerte hasta el país de origen o la preparación y el entierro local de los restos mortales de un asegurado que muera fuera del país de origen.

Dentro del límite de la póliza estipulado para este beneficio, la cobertura incluye el costo de un pasaje de avión en clase turista para que un familiar acompañe al cadáver de regreso al país de residencia. Para propósitos de esta cláusula "local" significa dentro del país donde murió el asegurado.



C. Consulta y asistencia médica de emergencia

En emergencias, el asegurado puede llamar a nuestro Centro de Asistencia para Emergencias en MEDEX Assistance Corporation en cualquier momento para recibir consulta médica y una evaluación del médico coordinador de guardia para ubicar servicios médicos adecuados en cualquier lugar del mundo o para derivar el servicio a médicos u hospitales para la evaluación personal y/o el tratamiento según sea adecuado desde el punto de vista médico. Usted comprende y acuerda por usted y por cada persona asegurada, que dichas conversaciones telefónicas no pueden establecer un diagnóstico y deben considerarse solo como una consulta. El Centro de Asistencia para Emergencias facilitará hasta donde sea razonablemente posible el ingreso necesario a un hospital al confirmar el alcance de la cobertura, revisarán los procedimientos de las reclamaciones y emiten las garantías adecuadas de acuerdo a las condiciones de las garantías de pago establecidas por esta póliza.

D. Servicios de asistencia para viajes internacionales

Mientras el asegurado esté viajando, el Centro de Asistencia para Emergencias de 24 horas puede proporcionar los siguientes servicios administrativos y ayuda:

- i. visa, inmunización, vacunas, medicamentos especiales y servicios de información del tiempo previo a su partida
 - ii. recuperación y envío a su destino corrector del equipaje perdido
 - iii. reemplazo y entrega de documentos de viaje perdidos esenciales tales como pasaporte, pasajes y tarjetas de crédito
 - iv. transmisión de mensajes de emergencia y servicios de interpretación.
- Usted y el asegurado comprenden y acuerdan que cualquier honorario o gasto por terceros en los que haya incurrido la compañía de manera razonable y adecuada en la entrega de estos servicios serán por completo su responsabilidad o la del asegurado.

4. BENEFICIOS AMBULATORIOS

Si estos beneficios se establecen en los términos de la póliza, pagaremos por cualquier tratamiento médico necesario que se proporcione a un asegurado que no esté registrado como paciente ingresado en un hospital y que se defina como:

i. Servicios de un médico de medicina general

Pagaremos por los servicios a pacientes ambulatorios suministrados por un médico en su calidad de médico general incluyendo el costo de los medicamentos recetados hasta el límite máximo por cada visita cada año.

ii. Servicios de especialista

Pagaremos por los servicios suministrados a pacientes ambulatorios por un médico o por orden de un médico que esté autorizado con bajo licencia y ejerza como especialista o consultor con respecto a los servicios prestados, incluyendo el costo de los medicamentos recetados hasta el límite máximo por cada visita cada año.

iii. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio

Pagaremos por consultas de especialistas para pacientes ambulatorios con un psiquiatra acreditado hasta el límite máximo por visita por año de póliza cuando el asegurado haya sido referido por un médico. Este beneficio está disponible después que el asegurado haya sido cubierto bajo esta póliza por un período continuo de veinticuatro (24) meses.

iv. Servicios ambulatorios de laboratorio, rayos-X y diagnóstico

Laboratorio, exámenes, radiografías, tomografía axial computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET) e imágenes de resonancia magnética, utilizados para diagnosticar o tratar problemas médicos.

Tales servicios deben ser suministrados u ordenados por un médico. Pagaremos hasta el límite máximo por año de póliza.

v. Medicamentos por receta

Medicamentos que sean necesarios desde el punto de vista médico y que estén restringidos legalmente por la orden de un médico y se receten para el uso del asegurado como paciente ambulatorio. Pagaremos hasta el límite máximo por año de póliza.

vi. Terapias ambulatorias prescritas

Pagamos por el tratamiento suministrado por un fisioterapeuta, logopeda o terapeuta oculomotor y siempre que el asegurado haya sido referido por un médico para recibir dicho tratamiento. Pagaremos hasta el límite máximo por visita por año de póliza.

vii. Equipos médicos prescritos

Equipos médicos recetados por un médico y que son necesarios desde el punto de vista médico como extremidades artificiales, audífonos o el alquiler o compra de una silla de ruedas. Pagaremos hasta el límite máximo por año de póliza.

viii. Tratamiento dental por accidente

Pagaremos el tratamiento dental requerido para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos, dañados o perdidos en un accidente y para los cuales se haya recibido el tratamiento dentro de catorce (14) días después del accidente hasta el límite máximo por año de póliza. Dientes naturales sanos se refiere a dientes que no tienen caries, empastes, periodontitis, tratamientos de endodoncia e implantes dentales, y que podían funcionar normalmente para masticar y para hablar. El asegurado deberá presentar pruebas de dientes naturales sanos y las mismas deben estar certificadas por un médico dentista acreditado y dicho beneficio no se aplica a implantes dentales, coronas o dentaduras postizas.

ix. Medicina alternativa prescrita

Pagamos el tratamiento suministrado por un quiropráctico, homeópata, osteópata, acupuntor o especialista en medicina china calificado, hasta el límite máximo por año de póliza.

Por propósito de esta cláusula, “calificado” significa la persona que está completamente capacitada, legalmente calificada, acreditada y autorizada con licencia para ejercer en el país en el que se suministra el tratamiento pero que no debe ser el asegurado ni un familiar; hermano, cónyuge, hijo o padre del asegurado.]

5. BENEFICIO DE LA MATERNIDAD Y COMPLICACIONES

i. Si estos beneficios se estipulan en los términos de la póliza, pagaremos por gastos médicos hasta el sub-límite que se estipule en la póliza en los que el asegurado incurra luego de haber estado cubierto por el plan durante trece (13) meses completos antes de incurrir en el gasto médico. Los gastos médicos incluyen atención médica prenatal tales como ultrasonidos, cargos de hospital, honorarios de obstetras y parteras por el parto, la atención médica postnatal que el asegurado requiera inmediatamente después del parto, afecciones secundarias producidas por el

embarazo como dolores de espalda, presión alta, hemorragias vaginales, náuseas y vómitos. Por propósito de esta cláusula, las “complicaciones” cubiertas comprenden:

- a. cargos por cirugía y atención médica relacionados con cesáreas que no sean optativas y cuando un médico haya certificado por escrito que un parto natural pondría en peligro la vida del asegurado y/o de su(s) hijo(s)
- b. cargos por cirugía y atención médica relacionados con el tratamiento de embarazos extra-uterinos o complicaciones que requieran cirugía intraabdominal luego de la interrupción necesaria del embarazo por razones médicas
- c. cargos por otra atención necesaria que se suministra durante la hospitalización por vómitos perniciosos en el embarazo, toxemia con convulsiones o aborto espontáneo
- d. aborto no provocado, embarazo ectópico y parto de un mortinato.

Ningún otro tipo de beneficio asegurado por la póliza (excepto los servicios de Evacuación Médica de Emergencia) proporciona algún tipo de cobertura para los gastos en los que se incurra con relación a la maternidad o de el parto.

ii. Un hijo que nazca dentro de la póliza de la madre asegurada estará sujeto al mismo deducible y los mismos beneficios de la madre asegurada.

iii. Ningún beneficio de maternidad se aplicará a hijos menores de 18 años.

iv. Afecciones congénitas

La cobertura para las afecciones congénitas solo está disponible para los hijos de un embarazo que tenga cobertura y la cobertura entrará en vigor a partir de la fecha de nacimiento. Pagaremos los tratamientos ambulatorios que sean necesarios desde el punto de vista médico para afecciones congénitas hasta el límite máximo que establecen los términos de la póliza. Ningún otro tipo de beneficios asegurados por la póliza proporcionarán cobertura para las afecciones congénitas.

6. OTROS BENEFICIOS

i. Atención de una enfermedad terminal

Después de ser dado de alta de una hospitalización que tenga cobertura, pagaremos el costo por la continuación de la atención médica del asegurado en un local de asistencia médica, o institución médica hasta el límite por año de póliza, si la persona asegurada tiene una enfermedad terminal y:



- si un médico receta la continuación de la atención médica de la afección médica específica por la que el asegurado fue hospitalizado y
- es esencial por razones médicas, a diferencia de razones domésticas. Se excluye una enfermedad terminal por la presencia de una infección por VIH.

El pago del beneficio cesará inmediatamente en una de las fechas siguientes: cual se dé primero

- a. fecha de fallecimiento del asegurado
- b. fecha de recuperación de la enfermedad terminal
- c. al llegar a los 12 meses a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad terminal

ii. Beneficio de bienestar

Si este beneficio se estipula en los términos de la póliza, reembolsaremos el costo de los siguientes exámenes hasta el límite que se establece en los términos al final de dos años consecutivos de estar cubierto bajo esta póliza:

- Radiología
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma (12 derivaciones)
- Análisis de laboratorio
- Exámen de hematología
- Exámen de diabetes
- Exámen de funciones renales
- Exámen de lípidos
- Exámen del hígado y la vesícula
- Análisis de orina

Este beneficio no estará sujeto a un deducible.

COMO HACER UN RECLAMO Y CONDICIONES PARA LOS RECLAMOS

Actuaremos de buena fe en todo nuestro trato con usted y con las personas aseguradas. A su vez, usted y las personas aseguradas deben garantizar que se cumpla lo siguiente:

1. Notificación de circunstancias que pudieran dar lugar a una reclamación

Si hay alguna circunstancia que dará o pudiera dar lugar a una reclamación a esta póliza, usted o el asegurado deben garantizar que se cumpla con lo siguiente:

- El Centro de Asistencia Médica para Emergencias de 24 horas que hemos designado debe ser informado inmediatamente si el asegurado pudiera requerir evacuación médica de emergencia o la repatriación de los restos mortales.

Número de teléfono:

En los Estados Unidos – 1 800 586 0192

Fuera de los Estados Unidos – 1 410 308 2937

- Antes de que un asegurado inicie el tratamiento en un hospital como paciente ingresado (excepto en los casos de accidente o de una emergencia médica aguda), el asegurado debe notificar inmediatamente por escrito al Centro de Asistencia Médica para Emergencias acerca de su intención de recibir dicho tratamiento, con todos los detalles relacionados con el tratamiento que se propone y los nombres y direcciones del médico y del hospital involucrados.
- En casos de accidente o emergencia médica aguda, usted debe enviarnos una notificación escrita junto con la información médica de respaldo dentro de cuarenta y ocho (48) horas de que se haya producido el suceso.

2. Haciendo un reclamo

Si la persona asegurada no ha llamado al Centro de Asistencia Médica para Emergencias de 24 horas y tiene la intención de hacer una reclamación, esta debe:

- completar nuestro formulario de reclamación y enviárnoslo antes, o tan pronto como sea posible después de que el asegurado busque el tratamiento cubierto para paciente ingresado. Usted puede obtener el formulario para una reclamación a través de su asesor/intermediario financiero o en nuestro sitio web: www.optimumglobal.com. Con respecto a nuestro formulario de reclamación:
- el asegurado o el representante legal del asegurado debe

completar todos los detalles en la secciones A, B y C y firmarlo • el médico a cargo debe completar todas las preguntas de la sección D, poner su sello en el formulario de reclamación y firmarlo • darnos toda la información médica de respaldo (incluyendo los originales de todos los documentos y facturas relevantes) dentro de noventa (90) días después de iniciarse el tratamiento o tan pronto como dicha información esté disponible de un modo razonable, la que ocurra primero.

No aceptaremos fotocopias de los documentos relevantes.

- utilice un nuevo formulario de reclamo para cada reclamación o para cada tratamiento por separado. El incumplimiento de estas condiciones en los reclamos, sin una explicación razonable, pudiera invalidar la reclamación.

3. Garantías de pago y liquidaciones directas

Cuando se nos da un aviso previo adecuado con respecto a una reclamación, según se establece en la Condición 1 para las reclamaciones, nosotros o el Centro de Asistencia Médica para Emergencias de 24 horas le daremos al asegurado una confirmación sobre el alcance de los beneficios del seguro, revisaremos los procedimientos de las reclamaciones y emitiremos (dondequiera que sea razonablemente posible) las garantías de pago adecuadas y/o arreglaremos la liquidación directa de las facturas presentadas por los hospitales, médicos u otros proveedores de servicios.

No suministraremos garantías de pago ni liquidaciones directas si no se nos contacta a nosotros ni al Centro de Asistencia Médica para Emergencias de 24 horas de antemano con todos los detalles pertinentes según se ha establecido en la Condición 1 para reclamaciones.

Los servicios ambulatorios cubiertos no están sujetos a garantías de pago ni a liquidaciones directas y deben ser pagados por el asegurado y reembolsados posteriormente según la póliza.

Si hacemos algún pago bajo la garantía de pago o la liquidación directa cuando la persona asegurada debió hacer el pago, usted deberá reembolsar la(s) cantidad(es) que pagamos dentro del período de treinta (30) al haberse recibido la notificación.

4. Prueba de reclamación

Los documentos originales y los recibos junto con un formulario de reclamación completado en su integridad y firmado por el médico a cargo deben enviarse a la compañía dentro de los plazos de tiempo que se definieron anteriormente y antes de que puedan hacerse las garantías de pago para el tratamiento de un paciente ingresado. No se aceptan fotocopias. Si, al balancear los datos médicos o las probabilidades, es adecuado que la compañía niegue una reclamación en virtud de la exclusión de condiciones preexistentes, el asegurado tendrá el derecho y la obligación de presentar evidencia médica según la compañía lo requiera para permitirle a esta reconsiderar una reclamación según la póliza.

5. Reconocimientos

La compañía tendrá el derecho y la oportunidad mediante sus representantes médicos de examinar a la persona asegurada en cualquier momento y con tanta frecuencia según esta lo requiera, de manera razonable, dentro de la duración de cada reclamación. Además, la compañía tendrá el derecho de solicitar una autopsia, donde no esté prohibido por la ley.

6. Acción judicial

No se presentará ninguna acción conforme a derecho o equidad para recuperar según la póliza hasta después de la fecha de vencimiento de sesenta (60) días a partir de la fecha en que se presentó prueba de la reclamación según las condiciones de la póliza. Las partes acuerdan que la ley del país en el que la compañía haya emitido la póliza gobernará y controlará en caso de cualquier conflicto o disputa entre las partes con relación a la póliza y que las partes se someterán a esa jurisdicción para la resolución de cualquier conflicto o disputa de esa índole.

7. Arbitraje

Cualquier diferencia de criterio médico en relación con los resultados de algún accidente, enfermedad, muerte o gastos, será resuelta entre dos expertos médicos nombrados por escrito por las dos partes respectivamente para la disputa. Cualquier diferencia de opinión entre los dos expertos médicos será remitida a un árbitro quien habrá sido nombrado por escrito por los dos expertos médicos al principio.



EXCLUSIONES GENERALES EXCLUSIONES GENERALES – LO QUE NO ESTA CUBIERTO

Los siguientes tratamientos, condiciones, actividades y los gastos relacionados con estos o resultantes de los mismos están excluidos de la póliza y la compañía no será responsable de estos:

1. Condiciones preexistentes según se definen a menos que se declaren en el formulario de solicitud y fueren confirmadas expresamente por nosotros.
2. Exámenes médicos de rutina o revisiones (excepto cuando dicho beneficio esté cubierto dentro del beneficio de bienestar), exámenes de rutina para los ojos o los oídos, vacunas, certificados médicos, análisis para empleo o viajes, espejuelos, lentes de contacto, tratamientos y cirugías estéticas, tratamientos dentales o cirugías orales relacionadas con los dientes, cura de reposo y servicios o tratamientos en cualquier hogar, spa, clínicas de hidroterapia o centros de cuidado que no sean un hospital según se estableció en la definición.
3. Pruebas o tratamientos relacionados con infertilidad, anticoncepción, esterilización, impotencia, disfunción sexual, defectos de nacimiento, enfermedades congénitas (a menos que se especifiquen en los términos), afecciones hereditarias o cualquier aborto realizado por razones sociales o psicológicas y las consecuencias del mismo.
4. El embarazo y el parto excepto cuando dichos beneficios se estipulen en los términos de la póliza.
5. Cualquier gasto por Evacuación Médica de Emergencia:
 - relacionado con el embarazo o el parto (excepto un embarazo anormal o complicaciones vitales del embarazo que ocurran durante los primeros seis (6) meses del embarazo y que pongan en peligro la vida del asegurado y/o cualquiera de sus hijos no nacidos
 - cualquier gasto por evacuación relacionado con el embarazo o el parto o un aborto espontáneo después de los seis (6) meses de embarazo.
6. Prótesis, dispositivos correctivos y equipos médicos que no se requieran desde el punto de vista quirúrgico; tratamiento administrado por un familiar y todos los tratamientos que no sean reconocidos científicamente por las normas de Europa occidental o de Norteamérica excepto las que se definen y tienen cobertura acorde a la Medicina Alternativa Prescrita.
7. Todos los costos relacionados con transplantes de córnea, musculares, del esqueleto o de órganos o tejido humanos de un donante a un receptor y todos los gastos que estén directa o indirectamente relacionados con el transplante de órganos (excepto según se define en el beneficio de Transplante de órganos).
8. El tratamiento de lesiones auto infligidas, suicidio, abuso de alcohol, adicción o abuso de las drogas y enfermedades por transmisión sexual.
9. Cualquier tratamiento o examen relacionado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier afección relacionada con el SIDA.
10. Técnicas médicas o quirúrgicas experimentales o pioneras que no están disponibles comúnmente y que el asegurado decide recibir en cualquier otro lugar del mundo a pesar de que el tratamiento y de manera usual se administra para la afección médica en cuestión, está disponible en el país de origen o en el país de residencia.
11. Segundas opiniones con respecto a afecciones médicas que ya se han diagnosticado y/o tratado en la fecha en que se obtienen dichas segundas opiniones, a menos que nuestros asesores médicos consideren que son razonables y necesarias al relacionarse con los hechos y circunstancias médicos.
12. Honorarios adicionales que facture por un médico referido por un tratamiento dado después de la fecha en que un asegurado ha sido referido a otro médico o especialista.
13. Lesión o enfermedad al estar de servicio a tiempo completo y miembro de una unidad de policía o militar y el tratamiento que se deriva por participar en una guerra, motín, alboroto civil o cualquier acto ilegal que incluya como resultado encarcelamiento.
14. Servicios ambulatorios con excepción de lo que se define dentro de Beneficios Ambulatorios.

15. Tratamiento para paciente ingresado en hospital si el asegurado podía haber sido tratado adecuadamente por la afección como un paciente ambulatorio.
16. Gastos de viaje con relación a viajes hechos específicamente con el objetivo de recibir tratamientos médicos a menos que sea durante una Evacuación Médica de Emergencia que esté aprobada y todos los costos de la Evacuación Médica de Emergencia que no hayan sido aprobados de antemano por nosotros o por nuestro Centro de Asistencia para Emergencias de 24 horas.
17. Los costos por alojamiento en hotel o que no sean en un hospital excepto según se establezca en la póliza.
18. Escalar en rocas, montañismo, espeleología, paracaidismo acrobático, lanzamiento en paracaídas, vuelo con ala delta, parapente, aerostación, todo tipo de buceo (a menos que la persona en cuestión haya sido debidamente capacitada y certificada como buzo por una organización de buceo reconocida a nivel mundial o a menos que dicha persona, en el momento en que se produjo el acontecimiento que dio lugar a la reclamación, esté recibiendo instrucción para buceo por parte de un instructor de buceo calificado y certificado), carreras de cualquier tipo que no sean a pie y todos los deportes profesionales o los deportes intrínsecamente peligrosos a menos que se nos declare y nosotros lo aceptemos por escrito antes del suceso que dé lugar a una reclamación.
19. Gastos o tratamientos después de la fecha de renovación (fecha de vencimiento) que surjan de un accidente, enfermedad o muerte que se haya producido durante el año de póliza anterior, a menos que se establezca de otra manera en esta póliza o en cualquier comunicación que nosotros le demos por escrito.
20. Costos o beneficios pagaderos bajo cualquier legislación o cobertura de seguro correspondiente en relación con muerte, lesión, enfermedad o padecimientos relacionados con el trabajo.
21. Los costos que surjan bajo cualquier legislación y que aumenten el costo del tratamiento y servicios médicos que reciba la persona asegurada por encima de los niveles de costos que se considerarían razonables y acostumbrados en ausencia de dicha legislación.
22. Cualquier tratamiento o gasto con respecto a personas mayores de ochenta (80) años en la fecha de comienzo del evento que dé lugar a la reclamación a menos que hayamos acordado cubrir dicho tratamiento al asegurado con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura.
23. El costo de transportar a un asegurado por medios propios o mediante una embarcación o aeronave alquilada o el costo de un tratamiento médico suministrado por las partes siguientes a menos que por escrito hayamos acordado cubrir dichos costos:
 - Su personal o en sus instalaciones médicas
 - por un tercero según un contrato entre ese tercero y usted.
24. Costos que surjan de cualquier litigio o disputa entre el asegurado y cualquier persona o establecimiento médico de quien se haya buscado o recibido tratamiento o cualquier otro costo no relacionado directa y específicamente con el pago de los gastos médicos cubiertos por la póliza.
25. Cualquier pérdida o daño, el costo o gasto de cualquier naturaleza directa o indirectamente cuando, como resultado o en relación con cualquiera de los siguientes, a pesar de que alguna otra causa o suceso pueda contribuir a la pérdida al mismo tiempo o en cualquier otra secuencia:
 - a. radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad por cualquier combustible nuclear o por cualquier desecho nuclear a partir de la combustión de combustible nuclear
 - b. las propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas, peligrosas o contaminantes de cualquier instalación o reactor nuclear o de otro ensamblaje o componente nuclear
 - c. cualquier arma de guerra que utilice fisión atómica o nuclear y/o la fusión u otra reacción similar de fuerzas o materia radioactivas.
26. Muerte, incapacidad, pérdida, daño, destrucción, cualquier responsabilidad legal, costo o gasto incluyendo la pérdida resultante de cualquier tipo que tenga su causa directa, sea el resultado o esté relacionado con cualquiera de los eventos siguientes a pesar de alguna otra causa o suceso pudiera contribuir a la pérdida al mismo tiempo o en cualquier otra secuencia:
 - a. guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (ya sea que se haya



declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que llegue a la proporción de o que equivalga a un levantamiento, poder militar o usurpación del poder o

b. cualquier acto de terrorismo que incluya pero no se limite a:

- i. el uso o amenaza de la fuerza, violencia y/o
- ii. amenaza o daño a la vida o la propiedad (o la amenaza con dicho daño) que incluye pero no se limita a radiación nuclear y/o la contaminación mediante agentes químicos y/o biológicos por parte de cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, que se comprometen con objetivos políticos, religiosos, ideológicos u otros propósitos similares, ya sea que se exprese o no, y/o para provocar el temor en el público o en cualquier sector de este; o
- iii. cualquier acción que se hace de manera controladora, de prevención o de cualquier otra manera relacionada con (a) o (b).

Si decimos que debido a esta exclusión, cualquier pérdida, daño, costo o gasto no está cubierto por esta póliza, es responsabilidad suya probar lo contrario.

RENOVACION DE NUESTRA POLIZA

Su póliza seguirá vigente durante un período de 12 meses desde la fecha de inicio de su póliza, siempre y cuando se hayan pagado todas las primas y que la póliza no haya sido terminada de acuerdo a la cláusula 10 de las Condiciones Generales.

Cuando se acerque el aniversario de su póliza, le escribiremos con los términos del próximo período de cobertura y las primas pagaderas. Si es necesario hacer cambios en su póliza, estos solo se aplicarán después de su fecha de renovación.

QUEJAS

Si usted está insatisfecho con cualquier aspecto de su póliza, queremos saberlo tan pronto como sea posible. Solo al recibir sus opiniones podemos mejorar las cosas si salen mal. Normalmente recibimos las opiniones de los clientes a través de los intermediarios que venden nuestros productos, pero por favor no escatime en contactarse con Optimum Global directamente.

OPTIMUM GLOBAL LATIN AMERICA PLAN (JULIO 2007)

La siguiente tabla muestra un resumen de la lista de beneficios del Optimum Global Latin América Plan.

Esta tabla debería ser leída en conjunto con las condiciones de póliza. Todos los beneficios mostrados son por asegurado, por año.

(Todos los valores están expresados en Dólares Americanos)	Essential	Comprehensive
Límites Anuales Por Persona Asegurada	\$1,000,000	\$2,000,000
BENEFICIOS PRINCIPALES		
1. HOSPITALES Y SERVICIOS RELACIONADOS		
Tratamiento y servicio en hospitales	Completo	Completo
Tratamiento de cáncer (hospitalizado o ambulatorio)	Completo	Completo
Diálisis Renal (hospitalizado o ambulatorio)	Completo	Completo
Tratamiento de Fisioterapia	Completo	Completo
Tratamiento psiquiátrico (después de 24 meses de cobertura)	\$10,000	\$10,000
Cirugía ambulatoria	Completo	Completo
Guardias hospitalarias y servicios de emergencias	Completo	Completo
Especialista pre-hospitalización y servicio de diagnóstico	Completo	Completo
Seguimiento de tratamiento post-hospitalización	Completo	Completo
Cobertura para padre acompañante de hijo asegurado menor de 18 años (max. 3 días)	Completo	Completo
Servicio de ambulancia local de emergencia	\$1,000	\$1,000
Medicamentos recetados dentro de los 90 días del alta hospitalaria/quirúrgica	max. \$1,000 por año	max. \$1,000 por año
Cuidado de enfermera en domicilio posterior al alta del Hospital (hasta un máximo de 26 semanas por año de póliza)	Completo	Completo
Renta Diaria por utilización del Servicio Público sanitario (máximo 30 días por incapacidad)	\$150	\$200
2. TRANSPLANTE DE ORGANOS		
Costos de operación por transplante de riñón, corazón, hígado, pulmón y médula (excluyendo los costos de obtención de los órganos)	Completo	Completo



(Todos los valores están expresados en Dólares Americanos)	Essential	Comprehensive
3. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y REPATRIACIÓN		
Evacuación médica y repatriación	Completo	Completo
Repatriación de restos	Completo	Completo
Acompañante de Viaje	Cobertura completa para pasaje aéreo en clase económica de regreso. Hasta \$75 por día, por gastos auxiliares con un máximo de 14 días	
Asistencia médica de emergencia y viaje	Provista	Provista
4. BENEFICIOS AMBULATORIOS		
Médico clínico y Servicios de especialista	No cubierto	\$150 por visita*
Tratamiento psiquiátrico (después de 24 meses de cobertura)	No cubierto	\$150 por visita*
Servicios ambulatorios de Laboratorio, rayos X, y Servicios de diagnóstico (incluyendo CT, Pet y MRI Scans)	No cubierto	\$10,000
Compra de Medicamentos en Farmacia	No cubierto	Max. \$1,000 por año
Prescripción de Fisioterapia y fonoaudiología	No cubierto	\$150 por visita*
Prescripción de ayuda médica	No cubierto	Max. \$500 por año
Tratamiento Dental por accidente	No cubierto	Max. \$500 por año
Prescripción de medicina alternativa	No cubierto	Max. \$500 por año
5. BENEFICIOS POR MATERNIDAD (luego de un período de espera de 13 meses)		
Parto (honorarios relacionados incluyendo cuidados pre/post nacimiento)	No cubierto	\$10,000
Complicaciones	No cubierto	\$15,000
Condiciones congénitas	No cubierto	\$250,000 por vida
6. OTROS BENEFICIOS		
Servicio de Hospicio para cuidados de Enfermedades Terminales	No cubierto	max. \$10,000
Check up médico de rutina (no sujeto a deducible)	No cubierto	\$300
AREA DE COBERTURA	Mundial	

* 30 visitas por año

Para mayor información o recibir una cotización personal, por favor contáctese con su asesor financiero.



