

SENIOR VIP

CONDICIONES DE COBERTURA

2019 / 2020



VUMI®



UN PLAN MÉDICO **SIN FRONTERAS**

24 horas / **7** días

VIP Universal Medical Insurance Group, Limited

Compañía de Seguros Registrada en Turks & Caicos Islands,
Territorio Británico de Ultramar.

Servicios de administración ofrecidos por VIP Universal Medical Insurance
Group, LLC, compañía registrada en Dallas, Texas, EE. UU.

COC_SENIOR_SPA_2019

BIENVENIDO A VUMI

Nos complace haber sido elegidos para brindarle a usted y a su familia el mejor cuidado de su salud a través de la cobertura más completa e innovadora en seguros médicos internacionales. Todos nuestros productos cuentan con nuestro exclusivo servicio médico VIP y acceso a la Segunda Opinión Médica VIP.

El propósito de este documento es ofrecerle una guía detallada de su póliza. El documento está dividido en nueve secciones que definen la cobertura, duración, beneficios, exclusiones y la elegibilidad de su póliza. Así mismo también encontrará información general, sus obligaciones como asegurado y definiciones que le ayudarán a entender mejor el funcionamiento y los beneficios de su póliza.

Con nuestro seguro, usted tendrá la tranquilidad de saber que su salud está en las mejores manos las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo. Nuestros productos están respaldados por una compañía sólida y global que cuenta con una extensa red de proveedores y un exclusivo servicio médico VIP que lo acompañará cuando usted más lo necesite.

Una vez más, bienvenido a VUMI.

David A. Rendall

President & CEO
VIP Universal Medical Insurance Group, Ltd.



CONTENIDO

Tabla de Beneficios	7
Sección 1 Acuerdo	10
Sección 2 Duración de la Cobertura	11
Sección 3 Elegibilidad	13
Sección 4 Obligaciones del Asegurado	13
Sección 5 Beneficios y Estipulaciones	15
Sección 6 Exclusiones	20
Sección 7 Definiciones	26
Sección 8 Información General	33
Sección 9 Administración de la Póliza	36



8150 N. Central Expressway.
Suite 1700, Dallas, TX 75206
**PARA NOTIFICACIONES
O PRE-AUTORIZACIONES**
notify@vumigroup.com
Teléfono General: +1.214.276.6376
Llamada Gratuita: +1.855.276.VUMI (8864)
Fax: +1.425.974.7867
Fax Gratuito: +1.800.976.0972
Desde México: +52 (55) 41.70.3647
Desde Venezuela: +58 (212) 720.1730
Desde Perú: +51 (1) 718.5505

TABLA DE BENEFICIOS

OPCIONES DE DEDUCIBLE

	OPCIÓN I	OPCIÓN II	OPCIÓN III
Fuera de EE. UU.	US\$3.000	US\$10.000	US\$20.000
Dentro de EE. UU.	US\$5.000		

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

DESCRIPCIÓN	COBERTURA
Cobertura máxima por persona de por vida	US\$3.000.000
Máximo de cargos incurridos por Año Póliza, por Asegurado	US\$350.000
Rango de edad para solicitar cobertura	60 - 90
Periodo de Espera	30 días
Cobertura fuera de Estados Unidos (excluyendo Brasil)	100% UCR con libre elección de Médicos y Hospitales
Cobertura dentro de Estados Unidos	• 100% UCR con cobertura exclusiva en hospitales en la red "USA Special Network" • Emergencias: 100% UCR de cobertura sin restricción de Hospitales

BENEFICIOS HOSPITALARIOS

DESCRIPCIÓN	COBERTURA
Acompañante durante hospitalización	US\$100 por noche, máximo 20 noches
Habitación y alojamiento Estándar (incluye costos de Medicamentos, exámenes de laboratorio, estudio de imágenes, procedimientos diagnósticos, Enfermeras especializadas y otros gastos durante una hospitalización)	Hasta US\$2.500 por día por los primeros 120 días; US\$750 por día para días adicionales
Unidad de cuidados intensivos	Hasta US\$3.250 por día por los primeros 30 días; US\$1.000 por día para días adicionales

TABLA DE BENEFICIOS

(continuación)

BENEFICIOS HOSPITALARIOS

DESCRIPCIÓN	COBERTURA
Honorarios del Cirujano, Asistente del Cirujano y del Anestesiólogo durante una hospitalización	Hasta US\$25.000 por cirugía, máximo 2 cirugías por Año Póliza

BENEFICIOS AMBULATORIOS

DESCRIPCIÓN	COBERTURA
Cirugía Ambulatoria (todo incluido)	Hasta US\$25.000 por cirugía, máximo 2 cirugías por Año Póliza
Cuidados de Enfermero(a) en el hogar	Hasta US\$100 por día, máximo 30 días por Año Póliza
Visitas a médicos y especialistas (incluyendo visitas en el hogar)	Hasta US\$100 por consulta, máximo 12 consultas por año póliza
Servicios de estudios diagnósticos (patología, rayos-X, resonancias magnéticas, tomo-grafías, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, etc.)	Hasta US\$500 por examen, por Asegurado
Procedimientos endoscópicos	Hasta US\$500 por examen, por Asegurado
Medicamentos por prescripción ambulatoria	Hasta US\$1.000 por Asegurado
Equipo Médico	Hasta US\$2.000 por Asegurado
Aparatos auditivos (Vitalicio)	Hasta US\$1.000 por Asegurado

OTROS BENEFICIOS

DESCRIPCIÓN	COBERTURA
Tratamiento de cáncer (quimioterapia y radioterapia), intrahospitalario o ambulatorio	Hasta US\$80.000 por asegurado
Terapia física y de rehabilitación (intrahospitalario o ambulatorio)	Hasta US\$100 por visita, máximo 30 visitas

(continuación)

TABLA DE BENEFICIOS

OTROS BENEFICIOS

DESCRIPCIÓN	COBERTURA
Transportación de Emergencia por Ambulancia Terrestre	100% UCR sin Deducible
Transportación de Emergencia por Ambulancia Aérea	US\$30.000 sin Deducible
Cobertura dental de Emergencia (Vitalicio)	Hasta US\$25.000 por Asegurado
Trasplante de órganos y tejidos	• US\$175.000 por diagnóstico, Vitalicio • US\$325.000 adicionales con Anexo opcional
Beneficios para el Donante Vivo	US\$15.000
Repatriación de restos mortales	Hasta US\$7.500 por Asegurado
Cuidados paliativos en casos terminales	Hasta US\$750 por día, máximo 120 días
Chequeo médico preventivo, sin Deducible (todas las opciones)	US\$150 por Asegurado (después de un Período de Espera de 10 meses)
Segunda Opinión Médica VIP	Acceso a la opinión médica de expertos de renombre internacional de todo el mundo sobre alguna condición, sin Deducible

Todos los beneficios con cobertura del 100% son hasta los límites de la póliza.

Todo el contenido de este cuaderno es informativo. Los beneficios están regidos por las cláusulas descritas en el Condicionado de Cobertura de la póliza. De no expresarse lo contrario, los beneficios se ofrecen en base a un Asegurado por Año Póliza, a cuyos beneficios les corresponde el Deducible seleccionado. Todas las cantidades son expresadas en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD, por sus siglas en inglés). Los beneficios están limitados a los gastos médicos que tengan cobertura bajo la Póliza y los mismos están sujetos a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés) para el área geográfica donde ocurrieron los mismos.

SECCIÓN I Acuerdo

VIP Universal Medical Insurance Group, Limited (VUMI), en lo adelante la “Compañía”, se compromete a pagar al Contratante los beneficios detallados en esta Póliza relacionados con los gastos cubiertos que incurra el Contratante, su Cónyuge o Compañero(a) Doméstico(a) y cualquier Dependiente Asegurado, como resultado de cualquier tratamiento, servicio o suministro médico en cualquier lugar del mundo después de la Fecha de Efectividad de esta Póliza, mientras la misma esté dentro del período de efectividad. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de la Póliza, incluyendo los Deducibles correspondientes, los beneficios máximos y los límites detallados en la Tabla de Beneficios y el Certificado de Cobertura que forman parte de la Póliza.

Las traducciones se ofrecen para conveniencia del Asegurado. La versión en inglés de esta Póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa en relación a esta Póliza.

I.1 Derecho a examinar la Póliza y reembolsos de prima no devengada

El Contratante puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de quince (15) días después de haber recibido la Póliza. Si durante ese espacio

de tiempo no se han efectuado reclamos bajo la misma, la Compañía reembolsará la prima pagada por el Asegurado, menos los setenta y cinco dólares (US\$75) de costos administrativos (si corresponden) y la Póliza quedará sin validez, tal y como si nunca hubiese sido emitida. Si el Contratante o la Compañía cancela esta Póliza después de que la misma ha sido emitida, restituida o renovada, la Compañía le reembolsará al Contratante la porción de la prima no devengada, menos los US\$75 de costos administrativos, hasta un máximo del sesenta y cinco por ciento (65%) de la cantidad total de la prima. Los costos administrativos y el treinta y cinco por ciento (35%) de retención de la Compañía no serán reembolsados.

I.2 Notificación importante acerca de la Solicitud

Esta Póliza se emite en base a las declaraciones proporcionadas de buena fe por el Contratante. Si alguna de la información declarada en la Solicitud fuera falsa, incorrecta, estuviese incompleta, o tuviera el propósito de confundir o engañar, o ha sido omitida, resultando por lo tanto en agravación del riesgo, la Póliza será rescindida, quedará sin efecto y la Compañía no se hará responsable por ningún pago de los beneficios ofrecidos bajo esta Póliza. Asimismo, si un Proveedor o cualquier otro individuo o

(continuación)

entidad que le haya proporcionado servicios médicos al Contratante y/o a alguno de los Asegurados sometiera falsos testimonios en complicidad con el Contratante y/o alguno de los Asegurados con el propósito de reclamar pagos contra esta Póliza, sus secciones y/o Enmiendas, la misma se rescindiría, quedaría sin efecto y la Compañía no se haría responsable por ningún pago de los beneficios ofrecidos por esta Póliza. El Contratante y/o Asegurado(s) tendrán que reembolsarle a la Compañía cualquier pago que la misma haya hecho como resultado de una omisión, declaración incorrecta o negligencia por parte del Contratante y/o Asegurado.

I.3 Contrato completo entre el Contratante y la Compañía incluye:

- A La Póliza (el presente documento).
- B La Solicitud firmada por el Contratante, la cual ha

SECCIÓN I Acuerdo

sido utilizada para evaluar el riesgo.

- C Cualquier examen médico que haya sido requerido por la Compañía, así como cualquier otro documento que se haya necesitado en el momento de la solicitud, incluyendo pero no limitado a los resultados de la entrevista telefónica efectuada por el evaluador de riesgos, si hubo reportes médicos, así como cualquier otra información relevante para la evaluación de la cobertura.
- D Cualquier documento que pueda requerirse para agregarle nuevos Dependientes elegibles a la Póliza o para modificar la cobertura.
- E El Certificado de Cobertura.
- F Enmiendas, si correspondiera, que modifiquen los términos y condiciones de esta Póliza.
- G Los Endosos o Anexos, en caso que hayan sido adquirido(s) y que incluyen cobertura adicional.

SECCIÓN 2 Duración de la Cobertura

La cobertura tiene duración por espacio de doce (12) meses, comienza en la Fecha de Efectividad indicada en el Certificado de Cobertura y termina a la medianoche, trescientos sesenta y cinco (365) días después, y se renovará

automáticamente por igual período de tiempo al recibo del pago de la prima correspondiente. La cobertura estará sujeta a las definiciones, condiciones y otras estipulaciones de esta Póliza que estén en efecto en el momento de la renovación.



SECCIÓN 3 Elegibilidad

3.1

No hay edad máxima para la renovación de esta Póliza por el Contratante, su Cónyuge o Compañero(a) Doméstico(a).

3.2

Cuando esté solicitando cobertura, el Solicitante y su Cónyuge no deben tener menos de sesenta (60) y no más de noventa (90) años de edad.

3.3

Esta póliza provee cobertura a una persona que al

momento de la solicitud:

- ▲ Resida en un país que no sea los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.).
- Tenga al menos sesenta (60) años de edad.
- Abone la prima correspondiente.

3.4

En caso de que el Contratante falleciera, la Compañía abonará cualquier beneficio que haya quedado sin pagar en vida del mismo a la(s) persona(s) o entidad hereditaria del Contratante fallecido o al Proveedor que haya prestado los servicios médicos.

SECCIÓN 4 Obligaciones del Asegurado

4.1

Cada Asegurado tendrá un (1) Deducible por Año Póliza a menos que durante el momento de la selección de riesgos se haya establecido un Deducible adicional por alguna condición médica específica.

4.2

Si el Deducible ha sido aplicado en el País de Residencia y otros servicios médicos han sido prestados en los Estados

Unidos de Norteamérica, donde el Deducible pudiera ser más alto en base a la opción de Deducible escogida, el Asegurado será responsable por el pago de la diferencia entre ambos Deducibles.

4.3

El Contratante deberá notificar a la Compañía, por escrito, si ocurre un cambio respecto al País de Residencia del mismo dentro de los primeros treinta (30) días después de

SECCIÓN 4 Obligaciones del Asegurado

(continuación)

que ocurra dicho cambio ya que esto pudiera resultar en un ajuste a la prima o al Deducible basado en la nueva área geográfica. El no notificar a la Compañía acerca del cambio de País de Residencia de acuerdo a lo mencionado pudiera resultar en una modificación, cancelación o no renovación de esta Póliza.

4.4

El pago de la prima es la responsabilidad del Contratante. La prima es pagadera de acuerdo al modo de pago seleccionado por el Contratante y/o en la Fecha de Renovación de esta Póliza. El pago de la prima le da efectividad a la Póliza por espacio del período pagado. Cualquier prima pagada en exceso a la suma establecida puede ser reembolsada si lo solicita el Contratante y será reembolsada sin adicionarle ningún interés y de la misma forma en que fue abonada por el Contratante. El no abonar la cantidad de prima estipulada, resultará en la terminación de la Póliza a partir de la Fecha de Renovación. La renovación de esta Póliza está garantizada de forma Vitalicia mientras que la prima sea pagada de acuerdo a los términos de pago de esta Póliza.

4.5

El Contratante y/o los Asegurados deben avisarle a la Compañía antes de recibir aquellos servicios médicos que

requieran notificación o pre-autorización, según lo indicado en la Sección 9.3 de esta Póliza, llamando al número telefónico o por el correo electrónico que aparecen al reverso de la tarjeta de identificación. Si el Contratante y/o los Asegurados no notificaran a la Compañía de acuerdo a lo antes mencionado, los mismos serán responsables por el treinta por ciento (30%) de todo costo cubierto, incluyendo el Deducible que corresponda.

4.6

Los reclamos o facturas relacionadas con gastos cubiertos bajo esta Póliza deben ser remitidos a la Compañía dentro del período de los primeros seis (6) meses después de la fecha de servicio para que los mismos sean elegibles para recibir cobertura.

4.7

El Solicitante o Contratante, por motivo de evaluación de riesgos y/o reclamos, debe proporcionarle a la Compañía toda información médica que se requiera. Además, el Solicitante o Contratante, así como sus Dependientes, deben autorizar a la Compañía a obtener todo informe y/o documentación que se determine necesario para concluir el proceso de la evaluación del riesgo o del reclamo, según sea el caso.

SECCIÓN 5 Beneficios y Estipulaciones

5.1

Este plan provee cobertura con libre elección de Hospitales y Médicos en cualquier lugar del mundo (excluyendo Brasil). No obstante, en los Estados Unidos de Norteamérica, cualquier tratamiento u hospitalización programada debe ser exclusivamente en instituciones hospitalarias dentro de la red "USA Special Network". En caso de Emergencias, habrá libre elección de Hospitales para el tratamiento de la Emergencia médica. Cualquier tratamiento o procedimiento ambulatorio, o de seguimiento a la Emergencia médica, debe ser en un Hospital de la red "USA Special Network".

5.2 Cobertura para Habitación hospitalaria

Esta Póliza provee una cobertura de hasta dos mil quinientos dólares (US\$2.500) por día por los primeros ciento veinte (120) días, y setecientos cincuenta dólares (US\$750) por día para días adicionales. Este beneficio incluye costos de Medicamentos, exámenes de laboratorio, estudio de imágenes, procedimientos diagnósticos, Enfermeras especializadas y otros gastos durante una hospitalización.

5.3 Honorarios del Cirujano, Asistente(s) del Cirujano y Anestesiólogo durante una hospitalización

La cobertura para este beneficio es de un máximo de veinticinco mil dólares (US\$25.000) por cirugía, hasta un máximo de dos (2) cirugías por Año Póliza.

5.4 Cobertura dental de Emergencia

La cobertura para este beneficio es de un máximo de veinticinco mil dólares (US\$25.000) por Asegurado, Vitalicio, para Lesiones resultantes de un Accidente cubierto. El tratamiento debe ser suministrado dentro de los primeros noventa (90) días posteriores a la fecha del Accidente. Este beneficio está limitado al tratamiento necesario para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos que han sido dañados y/o perdidos en un Accidente cubierto.

5.5 Cirugía reconstructiva y deformidad nasal o del septum (tabique nasal)

La cirugía reconstructiva se cubrirá siempre y cuando sea Médicamente Necesaria y como resultado de una condición médica cubierta por esta Póliza. En el caso de tratamiento por malformaciones nasales o del septum (tabique nasal), se cubrirá si la condición es causada por trauma recibido durante un Accidente cubierto por la

SECCIÓN 5 Beneficios y Estipulaciones

(continuación)

Póliza o por tratamiento de cáncer nasal. Se necesitará copia de las imágenes y el reporte de los rayos-X o de la tomografía realizada.

5.6 Equipo Médico

Cuando sea Médicamente Necesario, el Equipo Médico será cubierto hasta un máximo de dos mil dólares (US\$2.000) por Asegurado, por Año Póliza. Esto incluye, pero no está limitado a prótesis de las extremidades, sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y andadores, siempre y cuando dicho equipo es prescrito por un Médico y es habitualmente útil para un paciente durante una Enfermedad o Lesión. La tarifa de alquiler admisible no debe ser superior al precio de compra. Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Compañía. El Equipo Médico excluye sillas de ruedas o camas accionadas por motor; dispositivos robóticos (protésicos o no), artículos de uso personal tales como accesorios de teléfono o mesas de cama, artículos utilizados para modificar la calidad o temperatura del aire tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire), equipos desechables, bicicletas estáticas, lámparas de sol o calor; almohadillas térmicas, bidés, asientos de inodoro, asientos de bañera, baños de sauna, elevadores, baños de hidromasaje, equipos de ejercicio y/o artículos

similares, o el costo de instrucciones para el uso o el cuidado de cualquier dispositivo médico. También se excluyen adaptaciones a cualquier zona residencial o vehículo.

5.7 Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea y Terrestre

El beneficio para Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea es de hasta un máximo de treinta mil dólares (US\$30.000) por Asegurado, por Año Póliza, sin Deducible. Los siguientes requisitos serán indispensables:

- ▲ La condición médica tenga cobertura bajo esta Póliza y el tratamiento requerido no puede brindársele, o no está disponible de cualquier forma en el área o lugar donde se encuentre el Asegurado.
- El transporte se autorizará hasta el lugar más cercano donde el Asegurado pueda recibir tratamiento por entidades calificadas.
- Dicho transporte sea provisto por una entidad licenciada para esos propósitos.
- El transporte por Ambulancia Aérea debe ser pre-autorizado y coordinado con antelación con la Compañía.

El beneficio para Transporte de Emergencia por Ambulancia Terrestre es cien por ciento (100%) UCR, sin Deducible, hasta el límite anual de la Póliza. El Asegurado acuerda exonerar a la Compañía y a cualquier otra de sus

(continuación)

SECCIÓN 5 Beneficios y Estipulaciones

compañías afiliadas por cualquier negligencia resultante de dichos servicios de transporte, así como por demoras o restricciones causadas por problemas mecánicos o por restricciones gubernamentales, así como por errores, omisiones o negligencias por parte del piloto, chofer o la tripulación, o debido a condiciones operacionales, atmosféricas o de cualquier otro tipo.

5.8 Terapia física y de rehabilitación (ambulatoria o intrahospitalaria)

La cobertura para este beneficio es de hasta un máximo de cien dólares (US\$100) por visita, hasta treinta (30) visitas por Asegurado, por Año Póliza. En todos los casos, la Compañía debe recibir el plan de tratamiento, junto con los honorarios estimados, así como evidencia de la Necesidad Médica del mismo. La cobertura para este cuidado o tratamiento debe ser pre-autorizada por la Compañía.

5.9 Cuidados de Enfermero(a) en el hogar

La cobertura para este beneficio es de hasta un máximo de cien dólares (US\$100) por día, no debe exceder de treinta (30) días por Asegurado, por Año Póliza y debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Compañía. Este beneficio incluye cuidados médicos en el hogar que han sido prescritos por el Médico tratante. La atención médica en el hogar incluye

los servicios de profesionales certificados (Enfermeros o terapeutas) y no incluye cuidados asistenciales.

5.10 Medicamentos por Prescripción ambulatoria

La cobertura para este beneficio es de hasta mil dólares (US\$1.000) por Asegurado, por Año Póliza. Se debe enviar, conjuntamente con el reclamo, una copia de la prescripción escrita por el Médico para tratar una condición cubierta por esta Póliza. Este beneficio excluye las medicinas sin receta y/o las no aprobadas para el tratamiento de la condición del Asegurado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (US Food & Drug Administration – FDA).

5.11 Repatriación de restos mortales

En caso de que el Asegurado falleciera fuera de su País de Residencia, la Compañía pagará hasta un máximo de siete mil quinientos dólares (US\$7.500) por la repatriación de sus restos a su País de Residencia, siempre y cuando su fallecimiento haya sido resultado de una condición cubierta por esta Póliza. Esta cobertura está limitada a los costos básicos incurridos en el proceso de repatriación o en el proceso de la cremación de los restos, incluyendo un contenedor básico legalmente aprobado para la transportación, los costos de

SECCIÓN 5 Beneficios y Estipulaciones

(continuación)

envío y las autorizaciones necesarias del gobierno según los requisitos de las autoridades, y excluye transportación de los restos por Ambulancia Aérea o cualquier transporte privado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.12 Cuidados Paliativos en casos terminales

La cobertura para este beneficio es de hasta setecientos cincuenta dólares (US\$750) por día, hasta un máximo de ciento veinte (120) días, para servicios paliativos a pacientes con Enfermedades terminales con una expectativa de vida de ciento ochenta (180) días o menos. Este servicio debe ser proporcionado por un equipo de profesionales bajo supervisión médica, debe relacionarse con una condición médica cubierta por esta Póliza con un diagnóstico de una Enfermedad terminal por un Médico y debe ser rendido en un hospicio acreditado. Este servicio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Compañía.

5.13 Trasplante de tejidos y órganos

La cobertura para este beneficio es de hasta ciento setenta y cinco mil dólares (US\$175.000) por diagnóstico, Vitalicio, incluyendo:

- ▲ Hasta quince mil dólares (US\$15.000) para los gastos médicos relacionados con el Donante Vivo.

- Todo cuidado de pre-Trasplante, el cual incluye aquellos servicios directamente relacionados con la evaluación que establece la necesidad del Trasplante, la evaluación del Asegurado para recibir el procedimiento del Trasplante y la preparación y estabilización del Asegurado para dicho procedimiento.
- Todo examen pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, exámenes de rayos-X, tomografías, resonancias magnéticas, ultrasonidos, biopsias, Medicamentos por Prescripción y suministros.
- El costo de la obtención del órgano y los tejidos, el transporte de los mismos y los gastos médicos del Donante.
- El procedimiento para trasplantar el órgano.
- Todo cuidado pos-Trasplante directamente relacionado con el Trasplante incluyendo, pero no limitado a, cualquier seguimiento, tratamiento Medicamento Necesario resultante del Trasplante y cualquier complicación que se presente después del Trasplante, ya sea como consecuencia directa o indirecta del mismo.

Cualquier Medicamento o medida terapéutica usada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado. Los siguientes requisitos serán indispensables para la cobertura de Trasplante:

- Sea Medicamento Necesario.

(continuación)

SECCIÓN 5 Beneficios y Estipulaciones

- No es considerado electivo, Experimental o Investigativo.
- No están disponibles otros procedimientos y/o tratamientos opcionales que conducirían al mismo nivel de resultados y cuidados para tratar la condición médica o Enfermedad que ha causado la necesidad del Trasplante.
- No sea provisto por o como resultado de un Trasplante en que el receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o en el que el Donante es un animal.
- No es debido a un Trasplante inicial fallido que fue practicado antes de la Fecha de Efectividad de esta Póliza o a un Trasplante no cubierto que fue practicado después de la Fecha de Efectividad de la misma.

La Compañía debe recibir notificación en cuanto se determine que un Asegurado es candidato para un Trasplante, de manera que el mismo sea coordinado y pre-autorizado por la Compañía. Para hacer uso de este beneficio, el Asegurado debe autorizar a la Compañía a someter toda la documentación médica correspondiente al Trasplante para una Segunda Opinión Médica VIP para determinar la Necesidad Médica y pertinencia del mismo. Se ofrece un Anexo opcional (con una prima anual adicional) para Trasplante de órganos con un beneficio adicional de trescientos veinticinco mil dólares (US\$325.000) para una cobertura total de quinientos mil dólares (US\$500.000) para todas las opciones.

5.14 Cobertura para Condiciones Pre-existentes

Las Condiciones médicas Pre-existentes que son declaradas en la Solicitud recibirán cobertura a no ser que las mismas sean limitadas o permanentemente excluidas por esta Póliza o por la Compañía a través de una Enmienda incluida en el Certificado de Cobertura.

5.15 Transferencia de Deducible cubierto

Cualquier gasto cubierto que incurra el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del Año Póliza, el cual haya sido usado para satisfacer el Deducible de dicho Año Póliza, será trasladado al próximo Año Póliza y utilizado para satisfacer el Deducible de ese Asegurado para dicho año.

5.16 Chequeo médico preventivo (todas las opciones)

La cobertura para este beneficio es de hasta ciento cincuenta dólares (US\$150) por Asegurado, por Año Póliza, sin Deducible. Este beneficio incluye evaluación física, exámenes y/o vacunas. Este beneficio estará sujeto a un Período de Espera de diez (10) meses.

5.17 Aparatos auditivos

La cobertura para este beneficio es de mil dólares

SECCIÓN 5 Beneficios y Estipulaciones

(continuación)

(US\$1.000) por Asegurado, Vitalicios, y la misma debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Compañía.

Este beneficio está limitado a los dispositivos externos que no son implantados quirúrgicamente.

SECCIÓN 6 Exclusiones

Esta Póliza excluye de cobertura los tratamientos, causas y complicaciones relacionados con:

6.1 Cualquier tratamiento, Lesión o Enfermedad, o los costos relacionados con servicios o suministros que no sean Medicamento Necesarios, o proporcionados a un Asegurado que no esté bajo el cuidado de un Médico o profesional médico legalmente acreditado en la Región o país en la que practique; o no ha sido prescrito por un Médico o profesional médico; o está considerado un cuidado homeopático o alternativo; o no está científicamente reconocido; o está todavía en la fase Investigativa o de ensayo clínico, así como aquellos que no hayan sido aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (US Food & Drug Administration – FDA) o las entidades gubernamentales equivalentes en el País de Residencia del Asegurado.

6.2 Cualquier cuidado o tratamiento por Enfermedades o Lesiones auto infligidas ya sea que la persona esté cuerda o demente; suicidio; suicidio fallido; abuso de alcohol; uso o abuso de drogas; uso de Sustancias Ilícitas o uso ilícito de sustancias controladas; por estar bajo la influencia del alcohol o las drogas; encuentros con animales salvajes; y participar en peleas o actos criminales en los cuales participen el Asegurado o miembros de su familia de manera negligente, a no ser que estén actuando legítimamente en su propia defensa.

6.3 Cualquier examen rutinario como parte de un estudio preventivo, exámenes rutinarios del oído y de los ojos, implantes cocleares o cualquier otro implante quirúrgico para la audición, espejuelos, lentes de contacto, procedimientos para los desórdenes de la refracción

(continuación)

SECCIÓN 6 Exclusiones

visual incluyendo queratotomía radial; tratamientos profilácticos incluyendo vacunas; y la expedición de certificados médicos y/o exámenes para el trabajo o para viajar, excepto según está específicamente previsto en la Sección 5.16 de esta Póliza.

6.4 Cualquier gasto médico que no esté relacionado con una Enfermedad de Origen Infeccioso o Accidente que ocurra dentro de los primeros treinta (30) días de la Fecha de Efectividad de esta Póliza, a no ser que el Período de Espera se haya exonerado.

6.5 Alopecia, pedicuras y cirugías cosméticas electivas o tratamientos cuyos propósitos principales sean estéticos. Zapatos especiales e inserciones ortopédicas de cualquier tipo. Esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique, excepto según está específicamente previsto en la Sección 5.5 de esta Póliza.

6.6 Cualquier Condición Pre-existente no declarada en la Solicitud. Esto también incluye cualquier causa, complicación y tratamiento relacionado con cualquier condición individual

excluida en esta Póliza. La Compañía rescindirá, cancelará, no renovará o modificará la Póliza debido a la omisión de una Condición Pre-existente.

6.7 Cualquier tratamiento recibido o gasto incurrido en un establecimiento privado o gubernamental donde el Asegurado tenga derecho a recibir cuidados gratuitos, o en el caso en que una tercera persona sea responsable por los gastos médicos del Asegurado, ya sea por obligaciones contractuales o por responsabilidad civil privada, incluyendo tratamientos por epidemias declaradas. Esta Póliza no brinda cobertura en Brasil.

6.8 Procedimientos o tratamientos mentales por Enfermedades psiquiátricas, desórdenes de la conducta o del desarrollo, Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro trastorno del sueño, Enfermedades degenerativas mentales o demencias.

6.9 Cualquier porción de un gasto médico que exceda los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables, aun cuando el beneficio esté cubierto al cien por ciento (100%). Gastos

UN PLAN MÉDICO **SIN FRONTERAS**

24 horas / **7** días
www.vumigroup.com



SECCIÓN 6 Exclusiones

(continuación)

incurridos en instituciones en los Estados Unidos que no pertenezcan a la red “USA Special Network.”

6.10

Cualquier porción de un gasto médico incurrido en la esterilización masculina o femenina; reversión de la esterilización; cambio de sexo; control de la natalidad; tratamiento de infertilidad; inseminación artificial; fertilización in vitro; cualquier tratamiento de maternidad o del recién nacido; tratamientos o prótesis para mejorar o restaurar la impotencia u otras deficiencias sexuales, aunque las mismas sean secundarias a una condición cubierta por esta Póliza. Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH), Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), herpes genital y sus complicaciones.

6.11

Cualquier alimento o suplemento alimenticio especial, así como cualquier gasto incurrido o servicio, tratamiento o procedimiento recibido por motivo de obesidad y controles del peso.

6.12

Tratamientos con hormonas del crecimiento o estimuladores del crecimiento óseo.

6.13

Cualquier tratamiento dental o de ortodoncia, excepto según previsto en la Sección 5.4 de esta Póliza incluyendo, pero no limitado a, anomalías del maxilar superior; desórdenes de la mandíbula o la articulación mandibular incluyendo, pero no limitado a, anomalías y malformaciones de la misma, el Síndrome de la Articulación Temporomandibular; los desórdenes cráneo-mandibulares o cualquier otra condición de la mandíbula o de las articulaciones que unen a la misma con el cráneo y todo el conjunto muscular y nervioso que la componen, así como otros tejidos que estén vinculados con dichas articulaciones.

6.14

El tratamiento de Lesiones que resultan cuando una persona es miembro activo del cuerpo de policía o del ejército o fuerza militar de cualquier país, o esté directa o indirectamente participando en una guerra o conflicto militar; en un disturbio, rebelión o cualquier actividad ilegal, incluyendo el posible arresto y encarcelamiento que resulte de la misma.

6.15

Cualquier admisión en un Hospital por más de veintitrés (23) horas el día antes de una cirugía programada o la admisión en un Hospital para recibir Servicios médicos Ambulatorios a

(continuación)

menos que haya sido aprobada por la Compañía.

6.16

Cualquier Medicamento que pueda ser adquirido sin prescripción facultativa, suplementos alimenticios a consecuencia de intolerancias digestivas, inhibidores del apetito, vitaminas y Medicamentos o productos de anti-envejecimiento.

6.17

Equipos de riñón artificial portátiles o de uso doméstico.

6.18

Cualquier costo relacionado con la adquisición e implante de un corazón artificial u órganos de animales; la criopreservación; el almacenaje de tejidos y células madre por más de veinticuatro (24) horas, con la excepción de un examen de laboratorio.

6.19

El tratamiento de Lesiones o Enfermedades causadas por radioactividad procedente de cualquier material nuclear o atómico, desechos nucleares, polución y/o amianto.

6.20

Cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones

SECCIÓN 6 Exclusiones

de un dispositivo o Equipo Médico para un mismo propósito. Así como el extravío de Equipos Médicos, reparación o reemplazo de los mismos, excepto cuando su ciclo de vida haya expirado, pero sólo cuando dichos equipos fueron originalmente cubiertos por esta Póliza.

6.21

La participación de más de un (1) asistente médico, quirúrgico o instrumentista en una cirugía, a no ser que haya sido aprobado con antelación por la Compañía.

6.22

Cualquier gasto relacionado con terapia recreacional o educacional, Cuidados de Custodia, Centros de Cuidado a Largo Plazo y vivienda asistida.

6.23

Tratamientos en instituciones psiquiátricas, hogares de ancianos, centros de vivienda asistida, centros de convalecencia, balnearios de reposo y membresías de gimnasios, excepto lo previsto en la Sección 5.12 de esta Póliza.

6.24

Tratamientos por Lesiones o Enfermedades relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica de

SECCIÓN 6 Exclusiones

(continuación)

deportes de alto riesgo.

6.25

Cuidado quiropráctico o podiátrico, incluyendo cuidado de los pies en conexión con callos, juanetes, callosidades, pies planos, arcos débiles, pies débiles o trastornos sintomáticos de los pies, zapatos ortopédicos e inserciones de cualquier tipo.

6.26

Cualquier gasto ocasionado por tratamientos, servicios o suministros prestados en países, o por o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a sanciones económicas o políticas, restricciones comerciales y/o embargos establecidos por el gobierno de Estados Unidos o por cualquiera de sus agencias.

SECCIÓN 7 Definiciones

7.1 Accidente

Evento violento, repentino, imprevisto y no intencionado, producido exclusivamente por causas externas que resultan, independientemente de otras causas, en Lesiones corporales del Asegurado.

7.2 Actividades de Alto Riesgo y Deportes Peligrosos (no profesionales)

Actividades que aumentan el riesgo de muerte o Enfermedad de la persona que las practica. Ejemplos de Actividades de Alto Riesgo y Deportes Peligrosos incluyen, pero no están limitados a, buceo, escalada, paracaidismo, salto de caída libre, parapente, para-vela y ciclismo de montaña.

7.3 Agente

Individuo o sociedad autorizada por la Compañía para la distribución de esta Póliza. El Agente tendrá acceso a la información de salud y médica del Asegurado, la cual puede enviar a la Compañía o cualquiera de sus compañías afiliadas. Ningún Agente tiene la autoridad de modificar la Póliza o remover ninguno de sus términos y condiciones.

7.4 Ambulancia Aérea

Nave aérea que cuenta con el personal profesional y está equipada con las necesidades y suministros necesarios para brindar cuidados médicos durante el transporte aéreo. Este servicio lo presta una entidad licenciada y autorizada para

(continuación)

SECCIÓN 7 Definiciones

dicho propósito.

7.5 Ambulancia Terrestre

Transporte terrestre que cuenta con el equipo médico y el personal médicamente entrenado para transportar a individuos lesionados o enfermos.

7.6 Anexo / Endoso

Documento que se adjunta a la Póliza por la Compañía cuando es adquirido y pagado por el Contratante y el cual provee cobertura adicional.

7.7 Año Póliza

Es el período de los doce (12) meses consecutivos que comienza con la Fecha de Efectividad de esta Póliza y todo período de 12 meses subsecuentes a la misma.

7.8 Asegurado

Se refiere al Contratante y a los Dependientes cubiertos.

7.9 Certificado de Cobertura

Documento de la Póliza que especifica el período de efectividad de la cobertura, las condiciones y limitaciones de la misma, lista a todos los individuos cubiertos y es, a la vez, parte de la Póliza.

7.10 Compañero(a) Doméstico(a)

Persona del sexo opuesto o del mismo sexo con quien el Asegurado principal ha establecido una relación de vida doméstica.

7.11 Condición Pre-existente

Es aquella que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Efectividad de esta Póliza o la restitución de la misma, o por la cual se han recibido consejos médicos, o un Médico ha recomendado o prestado tratamiento; o se presentaron síntomas y signos que de haber consultado con un Médico acerca de los mismos, hubiese recibido un diagnóstico de Enfermedad o de condición médica o algún tratamiento.

7.12 Contratante o Solicitante

Es quien firma la Solicitud de seguro y el Asegurado principal bajo la Póliza, quien tiene autoridad para solicitar cambios en la misma y quien recibe los reembolsos de pagos de servicios médicos cubiertos por esta Póliza, así como cualquier reembolso de la prima no devengada.

7.13 Cónyuge

Es la persona con quien el Contratante se ha casado legítimamente de acuerdo a los reglamentos de la

jurisdicción donde tuvo lugar la ceremonia matrimonial.

7.14 Cuidados de Custodia

Son servicios prestados que incluyen, pero no están limitados a, la asistencia personal la cual no requiere capacitación o destreza profesional, por ejemplo: asear, alimentar y vestir a un individuo, entre otros.

7.15 Cuidados Paliativos

Tratamiento prestado a pacientes con Enfermedades avanzadas, progresivas e incurables con un pronóstico de vida inferior a seis (6) meses.

7.16 Deducible

Porción de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de esta Póliza sean pagaderos.

7.17 Emergencia

Condición médica repentina, seria y aguda, la cual requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato.

7.18 Enfermedad

Condición o desorden por causa interna o externa la cual afecta al cuerpo humano y requiere atención médica.

7.19 Enfermedad de Origen Infeccioso

Condición médica causada por agentes patógenos tales como bacterias, virus, hongos y parásitos.

7.20 Enfermero(a)

Es una persona legalmente licenciada y/o certificada para atender a los enfermos de acuerdo al lugar donde se prestan los servicios.

7.21 Enmienda

Una declaración adicionada a la Póliza por un oficial de la Compañía para explicar, modificar y/o restringir la cobertura de esta Póliza para un Asegurado en particular o para la Póliza en general.

7.22 Equipo Médico

Cualquier equipo diseñado para uso continuo. Esto incluye, pero no está limitado a sillas de rueda, camas de Hospital, respiradores y muletas.

7.23 Estados Unidos, EE.UU. (US, USA)

Los Estados Unidos de Norteamérica.

7.24 Exámenes Rutinarios o Preventivos

Exámenes médicos Preventivos proporcionados por un mé-

dico certificado y/o una entidad proveedora de servicios médicos.

7.25 Experimental o Investigativo

Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, Medicamento, combinación de Medicamentos, dispositivo, suministro u hospitalización que al momento en que el servicio o suministro se provee, no cumple con las normas aprobadas para la indicación o aplicación específica a la condición por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) u otra agencia federal o agencia gubernamental de los Estados Unidos, y cuya aprobación se requiere independientemente del lugar en donde se incurran los gastos médicos.

7.26 Fecha de Efectividad

Es la fecha en que la Póliza cobra vigencia.

7.27 Fecha de Renovación

Es la fecha del aniversario de la Póliza o el primer día del próximo Año Póliza.

7.28 Fecha de Vencimiento

Es la fecha en que termina la vigencia de la Póliza de acuerdo al modo de pago seleccionado.

7.29 Habitación Estándar

Es la habitación de un Hospital que está equipada para acomodar a uno (1) o más pacientes.

7.30 Habitación Privada

Es una habitación equipada médicamente para acomodar a un (1) solo paciente.

7.31 Honorarios del Anestesiólogo

Son los honorarios que cobra un anestesiólogo por la administración de anestesia y/o el control del dolor.

7.32 Honorarios del Asistente del Cirujano o del Médico

Son aquellos que cobra el asistente cirujano o de un Médico cuando realizan labores de asistencia durante un procedimiento médico.

7.33 Hospital, Clínica o Instalación Médica

Institución legalmente licenciada para proporcionar servicios clínicos y quirúrgicos bajo la supervisión de profesionales médicos.

7.34 La Compañía

VIP Universal Medical Insurance Group, Limited (VUMI).

SECCIÓN 7 Definiciones

(continuación)

7.35 Lesión

Daño infligido al cuerpo humano por alguna causa.

7.36 Medicamento con Prescripción Facultativa

Se refiere al uso y la venta de un Medicamento que está permitido por la ley, pero su adquisición está condicionada a una autorización de un profesional y es dispensado por un farmacéutico.

7.37 Médico

Es un profesional legalmente licenciado para practicar medicina en el lugar donde se prestan los servicios.

7.38 Necesidad Médica o Medicamento Necesario

Tratamiento, servicio médico o suministro médico que la Compañía considere necesario por mutuo acuerdo con el Médico del Asegurado para diagnosticar y/o tratar Enfermedades o Lesiones.

No se considera Medicamento Necesario si el servicio:

- A Es proporcionado para la conveniencia del Asegurado o de su familia o del Hospital/Médico.
- B No es apropiado para el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica específica.
- C Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o el tratamiento de una condición específica.

- D Está fuera del ámbito de las prácticas normales establecidas para Médicos y Hospitales.
- E Es una sustitución de Habitación Estándar o Privada por una Suite.

7.39 País de Residencia

Es el país en el cual el Asegurado reside por un período ininterrumpido de más de ciento ochenta (180) días dentro de un año y mientras esta Póliza está en efecto.

7.40 Período de Espera

Es el período de tiempo definido por la Compañía durante el cual se excluye la cobertura de algunos beneficios.

7.41 Período de Gracia

Es el período de los treinta (30) días después de la Fecha de Vencimiento en el cual la Póliza puede ser renovada.

7.42 Póliza

Documento donde se reflejan las condiciones generales y particulares convenidas entre la Compañía y el Asegurado y que rigen el contrato de seguro.

7.43 Proveedor

Hospitales, Clínicas, Médicos, centros de diagnóstico,



farmacias y otras entidades o individuos legalmente autorizados para proporcionar servicios médicos.

7.44 Región

Se refiere a un grupo de países de un área geográfica o de diferentes áreas geográficas, aunque también puede referirse a un área dentro de un mismo país.

7.45 Servicios Ambulatorios

Servicios o tratamientos que no requieren admisión en un Hospital o permanecer en el mismo por un espacio de más de veintitrés (23) horas.

7.46 Servicios de Hospital

Tratamientos, servicios generales y médicos y suministros proporcionados por un Hospital para el uso de sus instalaciones.

7.47 Solicitud

Es una declaración por escrito diseñada por la Compañía, la cual completa y firma manualmente o de manera electrónica el Contratante y la cual contiene información sobre sí mismo(a) y sus Dependientes. Este formulario lo utiliza la Compañía para determinar la asegurable del Solicitante y sus Dependientes. Cualquier información o cuestionarios

que se le sometan a la Compañía conjuntamente con la Solicitud están considerados como parte de la misma.

7.48 Sustancias Ilícitas

Fármacos, sustancias psicoactivas o químicos similares, definidos por el gobierno federal de los Estados Unidos de Norteamérica como ilegales, tales como cocaína y heroína.

7.49 Trasplante

Procedimiento médico para transferir un órgano, tejidos o células de un donante vivo o muerto al receptor; o reimplantarlo en la misma persona.

7.50 US\$, US Dólares

Moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

7.51 USA Special Network

Lista de Hospitales contratados por la Compañía y aprobados para esta Póliza para la cobertura en Estados Unidos de Norteamérica.

7.52 Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)

El menor de:

- El reembolso habitual del Proveedor por proporcionar

el tratamiento, servicio o suministro; o

- El monto determinado por la Compañía como la tarifa general aceptada por los Proveedores de la misma categoría que ofrecen dichos tratamientos, servicios o suministros a personas que: (1) residan en la misma área geográfica, y (2) cuya Lesión o Enfermedad es comparable en su naturaleza y severidad.

El monto Usual, Acostumbrado y Razonable para un servicio, tratamiento o provisiones será determinado por la

Compañía basado en las tarifas establecidas o previamente contratadas por la Compañía en el área geográfica, país o Proveedor específico en el cual el Asegurado reciba dichos servicios.

7.53 Vitalicio

La cantidad máxima que la Compañía pagará por un beneficio específico durante el curso de la vida de la Póliza.

8.1 Período de Espera

Esta Póliza tiene un Período de Espera de treinta (30) días que comienza en la Fecha de Efectividad de la misma. Durante este período de tiempo, la cobertura estará limitada a las condiciones que se manifiesten por primera vez y que su causa de origen sea por Lesión sufrida durante un Accidente o a una Enfermedad de Origen Infeccioso. Cualquier otra condición o síntoma que no haya sido ocasionada por un Accidente o que no sea de origen infeccioso y que se manifieste por primera vez durante dicho Período de Espera, será excluida permanentemente para ese Asegurado en particular por el resto del tiempo que permanezca ase-

gurado bajo esta Póliza, con la excepción de un embarazo.

8.2 Exoneración del Período de Espera

El Período de Espera será exonerado o eliminado si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Se declara información acerca de la cobertura anterior en la Solicitud y se le proporciona a la Compañía una copia de la Póliza anterior, así como el recibo de pago de la Póliza anterior por los últimos doce (12) meses de la misma.
- La Solicitud es presentada a la Compañía dentro del período de treinta (30) días después de la terminación

de la cobertura de la Póliza anterior.

- El Asegurado estuvo cubierto por un seguro médico similar a este, el cual estuvo en vigor por un período consecutivo de al menos doce (12) meses, inmediatamente después de la Fecha de Efectividad.

IMPORTANTE: Si el Período de Espera es exonerado, los beneficios pagaderos por esta Póliza por cualquier condición que ocurriera durante este período, estarán limitados al beneficio menor que ofrezcan esta Póliza o la Póliza anterior, por el resto del tiempo que permanezca asegurado bajo esta Póliza.

8.3 Coordinación de beneficios

Cuando el Asegurado tenga otra cobertura de seguro debe declararlo a la Compañía al someter un reclamo. La cobertura bajo esta Póliza actuará como secundaria a cualquier otra Póliza o plan de seguro de salud. La Compañía proporcionará beneficios después que el reclamo haya sido sometido al plan de seguro principal primero y sólo cuando se hayan satisfecho los beneficios pagaderos bajo la Póliza principal. La Compañía procesará una coordinación de los beneficios en la cual las cantidades pagadas por la otra compañía de seguros serán aplicadas al Deducible, de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta Póliza. Cuando se esté presentando un reclamo con coordinación de beneficios, se debe presentar la prueba de la cobertura del

otro seguro, conjuntamente con una copia de las facturas desglosadas, así como prueba de los pagos realizados por la otra compañía de seguros. La cantidad total de los pagos no deberá ser mayor a la cantidad total de los gastos incurridos. La Compañía no pagará ninguna cantidad reembolsada por la otra compañía de seguros a pesar de que exceda el Deducible de esta Póliza.

8.4 Moneda

Todo valor monetario que muestra esta Póliza es expresado en dólares de los Estados Unidos. La tarifa de cambio usada para abonar los reclamos generados en otra moneda que no sea dólares de Estados Unidos, será calculada basada en el tipo de cambio de curso legal en el país y en la fecha en que se recibieron los servicios.

8.5 No-renovación de la Póliza o cancelación

La Compañía cancelará, no renovará, modificará o rescindirá esta Póliza, o podría cambiar las tarifas de la misma y el Deducible, en los casos en los cuales alguna de las siguientes condiciones esté presente:

- La información declarada en la Solicitud es falsa, está incompleta, o cuando se ha cometido un fraude, cualquiera de los cuales ha ocasionado que la Compañía aprobara una Póliza que de habersele proporcionado

a la Compañía la información correcta, hubiera sido emitida con ciertas condiciones o se hubiese determinado que el Solicitante era una persona no asegurable.

- El Asegurado cambia de País de Residencia y deja de notificar a la Compañía.
- El Contratante solicita por escrito la cancelación de la cobertura o no abona la prima de acuerdo a lo estipulado en esta Póliza.
- El Asegurado sometiera un reclamo o información que la Compañía considerara fraudulenta. En caso que ocurriera dicho fraude, el Contratante será responsable y tendrá que reintegrar a la Compañía por los pagos hechos en referencia al reclamo en cuestión, ya sea que haya sido como reembolso o directamente a Proveedores.
- El estado civil del Titular cambia debido a divorcio o separación en caso de Compañeros Domésticos. El Asegurado debe notificar a la Compañía dentro de los treinta (30) días de la fecha del divorcio. La cobertura para el Cónyuge Dependiente cesará al finalizar el Año Póliza.
- El Asegurado vive en cualquiera de los países sancionados por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, por sus siglas en inglés).
- El Asegurado pasa más de ciento ochenta (180) días de un período de trescientos sesenta y cinco (365) días

en los Estados Unidos o cualquiera de sus territorios.

8.6 Emisión de la Póliza

Esta Póliza se considera emitida o entregada cuando el Contratante la recibe en su País de Residencia.

8.7 Modos de pago de la Póliza

Las primas pueden ser abonadas anualmente, semestralmente, trimestralmente o de acuerdo al modo de pago establecido por la Compañía.

8.8 Período de Gracia

La Compañía otorga un Período de Gracia de treinta (30) días para pagar la prima correspondiente a su Póliza, los cuales comienzan al día siguiente de la Fecha de Vencimiento de acuerdo al modo de pago seleccionado. Si no se recibiera el pago de la prima completa en la Compañía antes de que termine el Período de Gracia, esta Póliza quedará cancelada desde su Fecha de Vencimiento. Durante el Período de Gracia no se proporcionarán ni se pagarán beneficios por gastos incurridos después de la Fecha de Vencimiento. Si la prima fuera pagada durante dicho período, la Póliza será renovada.

8.9 Cambios de tarifa

La Compañía tiene el derecho a cambiar las tarifas de

SECCIÓN 8 Información General

(continuación)

las primas anualmente para Pólizas nuevas o para Pólizas existentes en el momento de su renovación, basado en el país de Residencia y/o Región, y/o por segmentos de edades en períodos definidos de cuatro (4) años y/o dependiendo del número de hijos que califiquen como Dependientes y anualmente a partir de los setenta y cinco (75) años de edad. Esto se hará en la Fecha de cada Renovación. En ningún caso la Compañía modificará las tarifas de un Asegurado individualmente basado en su historial de reclamos.

8.10 Reinstalación de la Póliza

Subsecuentemente a la cancelación de una Póliza por la

falta de pago de la prima, después de que ha terminado el Período de Gracia, esta Póliza pudiera reinstalarse si se somete una nueva Solicitud. La Compañía se reserva el derecho de aprobar dicha Solicitud.

8.11 Errores administrativos

Cualquier error administrativo de la Compañía no negará cobertura que debió haber sido aprobada, no extenderá cobertura que debió haber sido cancelada y estará sujeto al ajuste de la prima correspondiente en caso de ser necesario.

SECCIÓN 9 Administración de la Póliza

9.1 Cambio de Deducible

Antes de la Fecha de Renovación, el Asegurado puede solicitar que se le cambie el Deducible dentro del mismo plan. Si el cambio es para un Deducible más alto, se aprobará con las mismas condiciones del plan actual. Si el cambio es para un Deducible más bajo, dicho cambio estará sujeto a evaluación de riesgo y requerirá la aprobación de la Compañía. Una vez se hace efectivo el cambio, durante

los primeros treinta (30) días a partir de la Fecha de Efectividad del mismo, se aplicará el mayor de los deducibles hacia cualquier Enfermedad o Lesión no causada por una Enfermedad de Origen Infeccioso o por Accidente que se haya originado a partir de la fecha del cambio. Si la nueva opción de Deducible incluye beneficios de cuidados de maternidad, estos estarán sujetos a un Período de Espera de diez (10) meses.

(continuación)

SECCIÓN 9 Administración de la Póliza

9.2 Cambio de plan

Antes de la Fecha de Renovación, el Asegurado puede solicitar cambio para otro de los planes que ofrece la Compañía. Si el cambio es para un plan de menos cobertura, se aprobará con las mismas condiciones del plan actual. Si el cambio es para un plan de mayor cobertura, dicho cambio estará sujeto a evaluación de riesgo y requerirá la aprobación de la Compañía, quien se reserva el derecho a aceptar o no el cambio por la razón que sea. Una vez que se hace efectivo el cambio, durante los primeros treinta (30) días a partir de la Fecha de Efectividad del mismo, se aplicará el menor de los beneficios a la cobertura de cualquier Enfermedad o Lesión no provocada por una Enfermedad de Origen Infeccioso o por Accidente que se haya originado a partir de la fecha del cambio. Si el nuevo plan incluye beneficios de cuidados de maternidad, estos estarán sujetos a un Período de Espera de diez (10) meses.

9.3 Notificaciones y/o pre-autorizaciones

Es necesario que el Asegurado notifique a la Compañía siempre que vaya a recibir tratamiento médico sea este intrahospitalario o ambulatorio. Esto le dará a la Compañía la oportunidad de mejorar y maximizar el nivel de la cobertura del Asegurado comenzando por

hacerle sugerencias sobre su atención, brindarle apoyo logístico y hacer arreglos para establecer pagos directos al Hospital o Médico de elección siempre que sea posible, reduciendo así la posibilidad de que el Asegurado tenga que incurrir en un gasto personal inesperado. También permitirá a la Compañía verificar que el tratamiento esté cubierto por la Póliza. Para garantizar el pago directo, así como la coordinación de beneficios, se requiere la notificación. Por lo tanto, los Asegurados deben notificarle a la Compañía, por adelantado, y obtener las autorizaciones necesarias para cualquiera de los siguientes beneficios:

- Toda admisión en Hospitales.
- Toda cirugía ambulatoria o intrahospitalaria.
- Otros procedimientos mayores tales como resonancias magnéticas, tomografías, gastroscopias, colonoscopías, biopsias, etc.
- Terapia física y de rehabilitación, cuidados en el hogar o Enfermera privada.
- Cirugía nasal, reconstructiva, cosmética o bariátrica.
- Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea.
- Equipo Médico o cualquier dispositivo médico especial.
- Repatriación de restos mortales.
- Cualquier servicio médico o adquisición de Medicamentos relacionados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana



(continuación)

SECCIÓN 9 Administración de la Póliza

(VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El Asegurado debe avisarle a la Compañía al menos setenta y dos (72) horas antes de recibir aquellos servicios médicos que requieran notificación o pre-autorización. La Compañía debe también recibir notificación de toda Emergencia médica que requiera notificación dentro de las setenta y dos (72) horas después del evento que dio lugar a la Emergencia. Si el Contratante y/o los Asegurados no notificaran a la Compañía de acuerdo a lo antes mencionado, los mismos serán responsables por el treinta por ciento (30%) de todo costo cubierto incluyendo el Deducible aplicable.

INFORMACIÓN ACERCA DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN
Este proceso tiene muchas VENTAJAS sobre las cuales usted debe tener conocimiento por lo que las listamos a continuación:

- *Usted puede contar con la ASISTENCIA de nuestro personal para comprender mejor sus coberturas y beneficios, así como sus derechos, no sólo bajo esta Póliza, sino también con respecto a sus Proveedores.*
- *Nosotros le podemos ofrecer la SEGURIDAD que usted requiere en momentos difíciles cuando usted o algún miembro de su familia necesita seleccionar un servicio médico superior de Hospitales y/o Médicos miembros de nuestras excelentes*

redes de prestación médica.

- *Nuestro personal puede proporcionarle el ACCESO que usted necesita a la información que no está fácilmente a su disposición, de manera que usted pueda evitar que lo responsabilicen personalmente con costos médicos excesivos.*
- *Nosotros le ofrecemos el SERVICIO VIP que usted se merece en el momento en que más lo necesita. Nuestro personal no es solamente conocedor, sino que le prestará el cuidado que usted espera de la Compañía que le brinda su seguro de salud.*

9.4 Reclamos

La Compañía efectuará los pagos directamente a los Médicos y Hospitales mundialmente, en moneda legal, para los gastos cubiertos, de acuerdo a los términos y condiciones de la Póliza. Cuando esto no sea posible, la Compañía le reembolsará los costos al Asegurado de acuerdo a los honorarios correspondientes que sean Usuales, Acostumbrados y Razonables. Cuando no se haga pago directo al Proveedor, la Compañía le reembolsará al Contratante la cantidad de los costos compensables, según le fueron presentados a la misma y basado en lo Usual, Acostumbrado y Razonable. La Compañía debe recibir toda información médica y no médica que se requiera. Para que el proceso de reclamación comience, debe hacerse llegar a la Compañía la prueba del reclamo,

la cual debe consistir en lo siguiente:

- Toda factura del Proveedor detallando los servicios prestados, así como prueba del pago de la misma.
- Historia clínica reciente o cualquier otra información médica que la Compañía considere pertinente.
- Para los costos de farmacia, debe presentarse la copia de la receta médica.
- En caso de un Accidente, el Asegurado debe someter toda información relacionada con el mismo y las circunstancias que lo rodearon, según lo que requiera la Compañía incluyendo, pero no limitado a informes o reportes policiales de Accidentes u otros, siempre que las autoridades pertinentes lo hayan emitido, o lo hayan emitido terceras personas envueltas en el asunto.

Al presentar varios reclamos para reembolso simultáneamente de diferentes Asegurados, los gastos para cada Asegurado, Accidente, Enfermedad y/o Proveedor deben ser divididos individualmente por Asegurado y por evento. Una vez que el proceso de reclamo haya sido iniciado, el Asegurado debe enviar toda la información solicitada por la Compañía para completar el proceso en un período de no más de noventa (90) días a partir de la primera solicitud de la Compañía. Una vez transcurrido este período sin recibir la información solicitada, el reclamo no procederá y la Compañía será

liberada de cualquier obligación. Si se considerara que la información presentada es inadecuada o está incompleta, esto puede ocasionar una demora en el proceso del pago o reembolso, u ocasionar que se cierre el reclamo temporalmente hasta que la información necesaria sea recibida. La Compañía se reserva el derecho de solicitar los recibos originales, registros médicos y/o cualquier otra documentación relevante para procesar el reclamo. En caso de que un reclamo que debió haber sido negado porque la cobertura estaba excluida por la Póliza haya sido pagado por error, la Compañía no estará obligada a continuar pagando por los gastos de los tratamientos o servicios relacionados con dicho reclamo a partir de la fecha de identificación del error.

9.5 Apelación de reclamos

En caso de algún desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía respecto a un reclamo, antes de tomar ningún otro paso, el Contratante o Asegurado deberá someter dicho reclamo ante el Departamento de Apelaciones de la Compañía para su revisión. El Asegurado deberá enviar una carta apelando el reclamo a: **apelaciones@vumigroup.com**. Dicha carta deberá incluir toda información relevante, así como estar acompañada por copias de todo documento que se considere necesario. El Departamento de

Apelaciones de la Compañía le notificará su decisión por escrito al Asegurado dentro de los treinta (30) días subsecuentes al recibo de la carta de apelación y toda información y/o documentación pertinente. El Departamento de Reclamos de la Compañía tendrá el derecho de solicitar información o documentación adicional del Asegurado o de terceras personas o entidades si lo considerara necesario para procesar correctamente la revisión de la apelación.

9.6 Arbitraje

Cualquier discrepancia, controversia, reclamación o desacuerdo que persista después del procesamiento de una apelación debe ser presentada para arbitraje, el cual puede ser iniciado por la Compañía cuando informa por escrito a la segunda parte quien tendrá entonces veinte (20) días después de la fecha en que reciba dicha comunicación para escoger un árbitro. De lo contrario, el reclamante tendrá el derecho a seleccionar un segundo árbitro. Un tercer árbitro será seleccionado dentro del período de diez (10) días y, dentro de un período

adicional de otros 10 días, después de dicha designación, se decidirá el sitio donde tendrá lugar el arbitraje. La Compañía seleccionará un árbitro, el Asegurado seleccionará el segundo y el tercero será seleccionado por los dos primeros. El arbitraje tendrá que llevarse a cabo en la ciudad de Dallas, Texas, Estados Unidos. Cada parte será responsable por sus propios gastos de arbitraje. Si surgiera un desacuerdo entre los árbitros, la decisión será tomada en base a la mayoría del voto. El Asegurado otorga exclusiva jurisdicción a la ciudad de Dallas, Texas para determinar sus derechos bajo esta Póliza. El Asegurado y la Compañía acuerdan, por este medio, que la resolución de disputas legales que puedan surgir de esta Póliza será determinada en un juicio sin jurado.

9.7 Subrogación de terceros

La Compañía tiene el derecho a la subrogación o reintegro de pagos hechos por la misma si el Asegurado ha recuperado todos o parte de dichos pagos de una tercera entidad. El Asegurado debe colaborar con la Compañía con todo lo necesario.



UN PLAN MÉDICO **SIN FRONTERAS**

24 horas / **7** días

VIP Universal Medical Insurance Group, Limited

Compañía de Seguros Registrada en Turks & Caicos Islands,
Territorio Británico de Ultramar;

Servicios de administración ofrecidos por VIP Universal Medical Insurance
Group, LLC, compañía registrada en Dallas, Texas, EE. UU.

COC_SENIOR_SPA_2019



VUMI[®]

www.vumigroup.com