



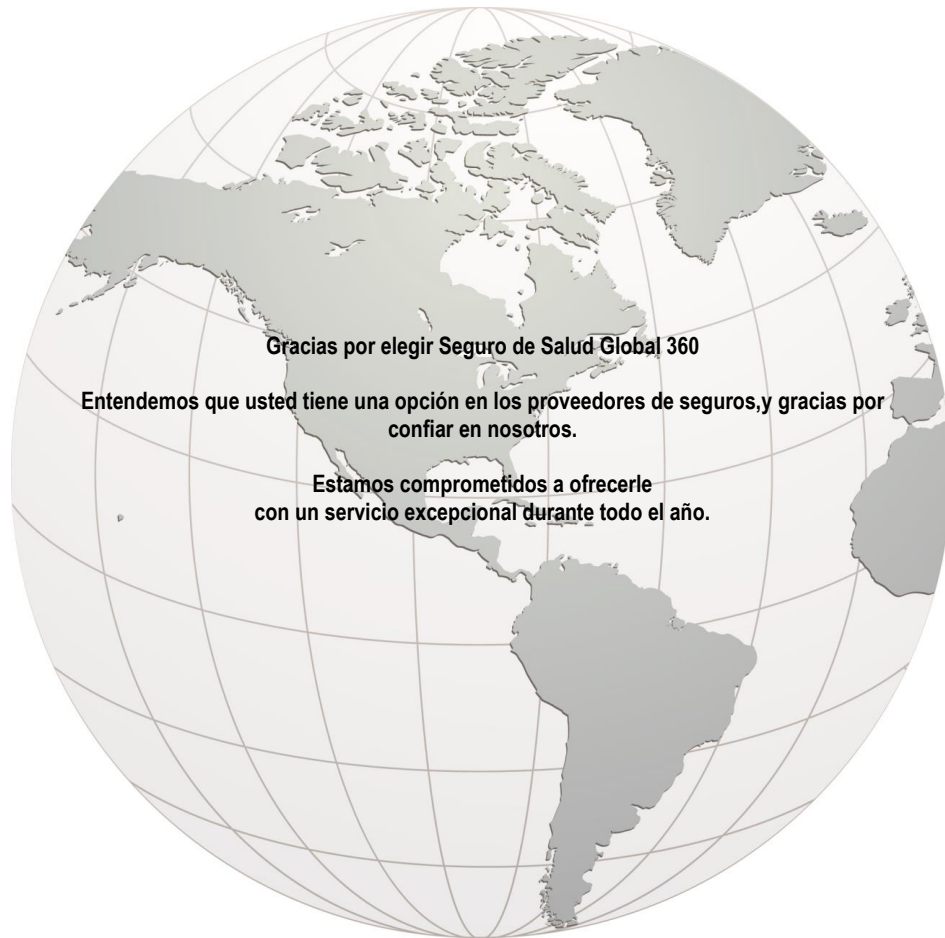
GLOBAL 360

Póliza de Seguro de Salud Individual



GLOBAL BENEFITS GROUP
Insurance Without Borders™





Gracias por elegir Seguro de Salud Global 360

Entendemos que usted tiene una opción en los proveedores de seguros, y gracias por confiar en nosotros.

Estamos comprometidos a ofrecerle con un servicio excepcional durante todo el año.

¡Bienvenido a la familia Global Benefits Group (GBG)! Entendemos que usted tiene opciones al escoger su compañía de seguros, y le agradecemos que haya depositado su confianza en GBG.

Además de su Póliza de Seguros Global 360, este Kit de Bienvenida contiene un Acuse de Recibo, y un Formulario de Autorización que requieren su firma. Por favor firme estos documentos y devuélvalos a GBG inmediatamente. Usted puede mantener los originales.

Le invitamos a visitar nuestro Portal de Servicios para Miembros en www.gbg.com, donde puede registrarse como Nuevo Miembro. El Portal de Servicios para Miembros le permite acceder cómodamente nuestro Directorio de Proveedores, obtener Formularios, presentar Reclamos, y utilizar otras herramientas y servicios valiosos.

Esperamos proporcionarle esta valiosa protección de seguros y un servicio excepcional durante todo el año.

Saludos cordiales



Ed Zutler
President, GBG Insurance Limited

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Table of Contents

- Programa de Beneficios 1
- Disposiciones Generales 4
- Elegibilidad y Condiciones de Cobertura..... 4
- Términos y Condiciones 5
- Reclamos 7
- Cobertura y Beneficios de Asistencia en Salud 9
- Deducibles y Copagos del Plan 9
- Requisitos y Procedimientos de Preautorización 10
- Red de Proveedores Preferidos – Estados Unidos / Canadá 11
- Beneficios de Internamiento Hospitalario 11
- Servicios de Centro de Cuidado Extendido, Enfermería Especializada y Rehabilitación con Internamiento 12
- Beneficios para Pacientes Externos 12
- Beneficios Quirúrgicos y Médicos 12
- Beneficios de Salud Mental – Servicios con/sin Hospitalización 14
- Programa para Enfermos Terminales 15
- Servicios de Enfermería Privada, Enfermería Especializada, Enfermería a Domicilio, Enfermería de Atención en el Hogar 15
- Medicamentos de Prescripción 16
- Suministros Médicos para Diabéticos 16
- Equipo Médico Durable 16
- Servicios de Ambulancia de Emergencia / Evacuación Médica 16
- Exámenes / Chequeos en Niños y Adultos 17
- Guerra y Terrorismo 18
- Exclusiones y Limitaciones 18
- Cómo Presentar un Reclamo 21
- Presentación de reclamos por Fax, Escáner o En Línea 21
- GBG Assist 21
- Definiciones 22

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

Programa de Beneficios

Este Programa de Beneficios y la Portada de la Póliza forman parte de la Póliza de seguro de salud del Plan Global 360 y constituyen una descripción resumida de los beneficios pagaderos en virtud de la Póliza. Todos los beneficios descritos se encuentran sujetos a las definiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de la Póliza y del Programa de Beneficios.

Los siguientes beneficios se encuentran sujetos al Deducible del Año Póliza de la Persona Asegurada. Posterior al pago del Deducible del Año Póliza, la Aseguradora pagará los beneficios elegibles establecidos en este Programa al Gasto Permitido, que se define como Usual, Razonable y Acostumbrado (URC) – Esto es lo menor de: a) el cargo usual del proveedor por proporcionar el tratamiento, servicio o suministro; o b) el cargo determinado por la Aseguradora como la tarifa general cargada por otros que prestan o proveen dichos tratamientos, servicios o suministros a personas que residen en la misma área (código postal) y cuyas lesiones o enfermedades sean comparables en naturaleza y gravedad.

Los beneficios serán pagados sobre una base Usual, Razonable y Acostumbrada, sujetos a las exclusiones, limitaciones y condiciones de la Póliza, por los cargos indicados, si éstos son:

- Incurridos como resultados de enfermedad o lesión corporal accidental, y
- Médicamente necesarios; y
- Ordenados por un médico; y
- Prestados en un escenario médico apropiado.

Beneficios de Hospitalización e Internamiento	
Habitación Privada/Semi-privada	Dentro de la Red: 100% (sin límite diario) Fuera de la Red: \$2,000 por día
Cuidados Intensivos (médicamente necesarios)	Dentro de la Red: 100% (sin límite diario) Fuera de la Red: \$4,000 por día
Tratamiento médico, medicinas, exámenes de laboratorio y de diagnóstico (incluyendo tratamiento para el cáncer, quimioterapia/radioterapia)	100% de URC
Consulta de Paciente Internado a Médico o Especialista	100% de URC
Cirugía con Ingreso Hospitalario	100% de URC
Cirujano para Ingreso Hospitalario	100% de URC
Cuidados Prolongados / Rehabilitación de Pacientes Hospitalizados **Deberá ser confinado en un centro inmediatamente después de una estadía hospitalaria	100% de URC**
Enfermería Privada (Únicamente como Paciente Internado)	100% de URC
Sala de Emergencias **Cubierta si es admitido inmediatamente como Paciente Internado	100% de URC**
Ambulancia de Emergencia	
Ambulancia Terrestre **Cubierta si es admitido inmediatamente como Paciente Internado	100% de URC**
Ambulancia Aérea **Remítase a la Póliza para obtener detalles	Incluida**
Repatriación de Restos Mortales	\$20,000
Se requiere preautorización para Ambulancia Aérea en todas las ubicaciones. Por favor remítase a la sección "Ambulancia Aérea de Emergencia" en esta Póliza para obtener detalles.	

Beneficios Ambulatorios	
Sala de Emergencia	No Cubierto
Servicios Médicos de Emergencia	No Cubierto
Visita Médica Externa de Rutina	No Cubierto
Consulta con Especialista de Rutina	No Cubierto
Visita Médica Externa** Consulta con Especialista** **Como cuidado de seguimiento de una hospitalización cubierta	100% de URC \$5,000 Máximo Anual, hasta 10 meses desde la fecha del alta
Ecocardiografía, Ultrasonografía, Escanograma TAC, Escanograma PET, Resonancia Magnética **Únicamente con fines pre-quirúrgicos **Periodo de espera de 3 meses Requiere preautorización	100% de URC \$10,000 Máximo Anual**
Rayos X y Laboratorio	No cubierto
Tratamiento de Cáncer incluyendo quimioterapia/radioterapia	100% de URC
Cirugía Ambulatoria o Sin Hospitalización	100% de URC
Cirujano Sin Hospitalización	100% de URC
Diálisis Sin Hospitalización	100% de URC
Servicios Terapéuticos: Terapia Física, Quiropráctica, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje Vocacional, Homeopatía y Acupuntura	No cubierto
Servicios de Enfermería Privada, Enfermería Especializada, Enfermería a Domicilio, Enfermería de Atención de Salud en el Hogar** **Como cuidado de seguimiento a una hospitalización cubierta	100% de URC
Otros Servicios	
Internado por Salud Mental	100% de URC
Paciente Externo por Salud Mental	No Cubierto
Abuso de alcohol y drogas, rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria	No Cubierto
Trasplantes de Órganos Humanos, Médula Ósea, Células Madre y otros procedimientos similares. • Gastos del Donante cubiertos Sujeto a preautorización	100% de URC \$750,000 Máximo Anual por diagnóstico
Cuidados para Enfermos Terminales	100%
Equipo Médico Durable **Como cuidado de seguimiento a una hospitalización cubierta **Alquiler hasta Precio de Venta **Remitirse a la Póliza para obtener detalles	100%
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), enfermedades de transmisión sexual y todas las condiciones relacionadas. **Cubierto si no es una condición preexistente	\$40,000 Máximo Anual** Hospitalización como Paciente Interno únicamente

Beneficios por Maternidad	
Maternidad, Servicios Obstétricos, Cuidado del Recién Nacido y Complicaciones de Nacimiento del Recién Nacido	No cubierto
Cuidado Dental de Emergencia	
Cuidado Dental de Emergencia **Limitado a lesión accidental de dientes sanos, naturales	100% de URC**
Exámenes/Chequeos en Niños y Adultos	
Exámenes de Niños incluyendo inmunizaciones y exámenes médicos de rutina	100% de URC Beneficio hasta la edad de 6 meses Máximo 5 visitas
Cuidados Preventivos, Exámenes Anuales e Inmunizaciones de Adultos **Cubierto después de periodo de espera de 3 meses **No se aplica deducible	100% de URC \$600 Máximo Anual**
Riesgos Excepcionales	
Beneficio por Guerra y Terrorismo	Beneficio Máximo \$250,000 por persona \$1,000,000 por familia por evento
Medicamentos de Prescripción	
Se requiere el uso de la Red de Farmacias de los Estados Unidos de la Aseguradora para Medicamentos de Prescripción obtenidos en los Estados Unidos. La falta de utilización de una Farmacia Participante resultará en una reducción en el pago de beneficios.	
Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria cubierta ** El deducible aplica a este beneficio.	100%, hasta 6 por meses desde la fecha del alta \$3,000 Máximo Anual** en adelante, máximo combinado para todas las condiciones médicas
Relacionados con Cirugía/Sin Hospitalización o como Paciente Externo	No cubierto
Requisitos de Preautorización	
Se requiere preautorización para ciertos servicios médicos. Cuando se requiera preautorización, el asegurado deberá obtenerla por escrito de la compañía aseguradora. La falta de Preautorización resultará en una penalidad del 40% por el episodio de asistencia completo. Por favor remitirse a la sección de "Preautorización" de la Póliza para una descripción completa. Cuando exista duda, se le recomienda al asegurado consultar con GBGAssist.	
<ul style="list-style-type: none"> • Toda Hospitalización y Confinamiento como Paciente Interno • Toda Cirugía Ambulatoria • Exámenes Preoperatorios • Todo Tratamiento para el Cáncer en exceso de \$10,000 (Incluyendo Quimioterapia y Radiación) • Enfermería Especializada o Privada cuando se requieren más de 4 visitas • Trasplantes de Órgano, Médula Ósea, Células Madre y otros procedimientos similares • Ambulancia Aérea – El servicio de ambulancia aérea será coordinado por el proveedor de ambulancias aéreas de la Aseguradora 	

Disposiciones Generales

Nombre del Titular de la Póliza, la persona cubierta cuyo nombre se encuentra indicado en la Portada de la Póliza como “Titular de la Póliza”, en adelante deberá ser llamado “Titular de la Póliza” domiciliado, para la ejecución de la presente póliza, en la dirección indicada en la Aplicación.

Y; Segunda parte, **GBG Insurance Limited**, en adelante deberá ser llamado, a veces colectivamente, la “Aseguradora” o “Nosotros”.

Las declaraciones del Titular de la Póliza y de los dependientes elegibles sirven de base para la póliza. Cualquier referencia en esta Póliza al Titular de la Póliza, al asegurado y sus dependientes que esté expresada en género masculino deberá ser interpretada como que incluye al género femenino cuando sea apropiado.

Póliza Completa y Cambios

Esta Póliza, la Portada de la Póliza, el Programa de Beneficios, la aplicación del Titular de la Póliza y cualquier modificación o endoso (si los hubiere) comprenden el Contrato completo entre las partes.

Ningún cambio puede ser efectuado a esta Póliza a menos que sea aprobado por un Directivo de la Aseguradora. Un cambio será válido únicamente si está hecho a través de un Endoso de Póliza firmado por un Directivo de la Aseguradora, o a través de una modificación de la Póliza en su integridad emitida por la Aseguradora. Ningún agente u otra persona pueden cambiar esta Póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Derecho a Examinar

El Titular de la Póliza puede cancelar esta Póliza dentro de los 14 días siguientes a la recepción de la misma. Si no se ha efectuado ningún reclamo bajo la Póliza, la Aseguradora reembolsará cualquier prima pagada.

Descargo de Responsabilidad de la Póliza

Esta Póliza de GBG Insurance Limited es una póliza de seguro de salud internacional. Como tal, la Póliza se encuentra sujeta a las leyes de Guernsey, Islas del Canal, y el asegurado debe estar conciente de que las leyes que rigen los términos, condiciones, beneficios y limitaciones de las pólizas de seguro de salud emitidas y entregadas en otros países, incluyendo los Estados Unidos, no aplican a esta Póliza. Si surge alguna disputa con respecto a la interpretación de este documento, la versión en inglés se considerará concluyente y tendrá prioridad sobre cualquier versión en otro idioma de este documento.

Elegibilidad y Condiciones de Cobertura

Aplicación

Todas las aplicaciones se encuentran sujetas a la suscripción por la Aseguradora. La aceptación no está garantizada. La Aseguradora le avisará por escrito si su Aplicación ha sido aceptada junto con los términos y condiciones de la aprobación. Si ha sido aprobada, un período de espera de 12 meses aplicará para cualquier condición preexistente declarada en la Aplicación. Las condiciones preexistentes no reveladas no se encuentran cubiertas. Consulte la Portada de la Póliza para ver los términos y condiciones relacionados con la emisión de esta Póliza.

Elegibilidad

- Usted debe residir en América Latina, y
- No haber cumplido los 70 años de edad al momento del enrolamiento.
- La cobertura cesará automáticamente en la primera fecha de renovación siguiente al cumpleaños 75 de una persona asegurada a menos que usted haya estado cubierto por 10 o más años bajo el plan, entonces no habrá límite de edad.
- La terminación del seguro del miembro principal cancelará también toda la cobertura para dependientes.
- Su fecha de elegibilidad, si usted ha sido determinado elegible, será determinada por la Aseguradora.
- Usted puede renovar su póliza si usted reside fuera de América Latina. La prima será calculada en las tarifas aplicables al país específico donde usted reside.

Dependientes Asegurados

La cobertura de esta Póliza puede ser extendida a los siguientes miembros de la familia. Los Dependientes Asegurados pueden incluir:

- El cónyuge o pareja de hecho,
- Hijos dependientes hasta la edad de 19 años si son solteros, o hasta la edad de 24 si son solteros y son estudiantes a tiempo completo en una escuela profesional o universidad acreditada (mínimo de 12 créditos por semestre) al momento en que la Póliza sea emitida y renovada. Los dependientes que son estudiantes a tiempo completo hasta la edad de 24 años son cobrados a la tarifa de Niño/s.

Los hijos dependientes incluyen a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente e hijastros del Titular de la Póliza. Los Dependientes Asegurados se encuentran cubiertos desde la fecha en que la Aseguradora los acepta y las primas correspondientes son pagadas.

Advierta que los hijos de 19 años de edad o mayores, que no son estudiantes a tiempo completo, deben presentar una aplicación aparte de la de su(s) padre(s).

Incorporación de un Bebé Recién Nacido o Hijo Legalmente Adoptado: Cuando la Maternidad es un Beneficio Cubierto

Bebés Nacidos de un Embarazo Cubierto bajo el Beneficio por Maternidad: Los bebés recién nacidos, nacidos de un embarazo cubierto por esta Póliza, se encuentran cubiertos automáticamente durante los primeros 30 días, hasta un máximo de \$5,000. Aplican todos los deducibles, coaseguros y copagos normales del plan. Para continuar con los beneficios del bebé después de los 30 días, el Asegurado deberá:

- Proporcionar notificación escrita a la Aseguradora dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento. El hijo recién nacido deberá ser aceptado desde la fecha de nacimiento, con cobertura completa, de acuerdo con los términos de la Póliza, independientemente del estado de salud.
- El bebé recién nacido será enrolado con la misma cobertura del Asegurado.
- Cualquier solicitud recibida después del periodo de notificación de 30 días resultará en que la cobertura será efectiva únicamente desde la fecha de notificación (excepto por los primeros 30 días que están cubiertos independientemente de la notificación). La cobertura no está garantizada y se encuentra sujeta a la presentación de una aplicación de salud.

Hijo Adoptado desde la Fecha de Nacimiento: Un hijo adoptado desde la fecha de nacimiento, cuando el Beneficio por Maternidad es un beneficio cubierto, puede ser cubierto desde dicha fecha, siempre que se notifique dentro de los primeros 30 días. El hijo adoptado recién nacido deberá ser cubierto, con cobertura completa, de acuerdo con los términos de la Póliza; se requiere una copia oficial de los papeles legales de la adopción con la notificación, así como una aplicación de salud. Aplicarán los mismos lineamientos mostrados en "Bebés Nacidos de un Embarazo Cubierto bajo el Beneficio por Maternidad".

Hijo Adoptado Después de la Fecha de Nacimiento: Un hijo adoptado después de la fecha de nacimiento, cuando el Beneficio por Maternidad es un beneficio cubierto, puede ser cubierto si aplica lo siguiente.

- El hijo debe ser menor de 19 años, y
- El Asegurado proporcionará notificación escrita a la Aseguradora (se requiere una copia oficial de los papeles legales de la adopción con la notificación), y
- Se debe presentar una aplicación de salud detallando el historial médico del hijo.
- La cobertura estará supeditada a los términos y condiciones de la Póliza
 - La cobertura no está garantizada y se encuentra sujeta a aprobación de la suscripción. Si se aprueba, la cobertura será efectiva desde la fecha de la aplicación.
 - Por un periodo de 12 meses desde la fecha efectiva de cobertura, las condiciones preexistentes no estarán cubiertas.

Cuando el Beneficio por Maternidad No está Cubierto por la Póliza

Los hijos legalmente adoptados o bebés recién nacidos que han nacido de un embarazo que no está cubierto bajo el Beneficio por Maternidad requieren de la presentación de una aplicación de salud. La cobertura no está garantizada y se encuentra sujeta a aprobación de la suscripción. Si se aprueba, la fecha efectiva de cobertura será determinada por GBG. Todos los dependientes enrolados bajo el plan se encuentran sujetos a un periodo de espera de 12 meses antes de que las condiciones preexistentes puedan ser cubiertas. Se requiere un certificado de nacimiento o una copia de los papeles legales de la adopción con la aplicación.

Residencia

Se asume que la residencia permanente del asegurado principal y de todos sus dependientes es en América Latina. Si el asegurado o sus dependientes se encuentran viviendo en otra localidad, la Compañía debe ser notificada por escrito de su residencia a tiempo completo inmediatamente. Si el asegurado o sus dependientes cambian su residencia permanente a los Estados Unidos, GBG se reserva el derecho de modificar los beneficios o la prima.

"País de Residencia" se define como:

1. Donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año calendario o año póliza; o
2. Donde el Asegurado ha residido por más de 180 días durante un periodo de 12 meses mientras la póliza se encuentra vigente.

Términos y Condiciones

Pago de Prima

Toda cobertura bajo esta Póliza se encuentra sujeta al pago oportuno de la Prima, que deberá hacerse pagadero a la Aseguradora. El pago deberá hacerse en la moneda aprobada por la Aseguradora. Cualquier otra moneda no será aceptada y será considerada como no pago de la Prima a menos que se haya acordado de otra manera por la Aseguradora. La póliza y las tarifas serán garantizadas por un año y se encuentran continuamente sujetas a los términos vigentes al momento de cada fecha de renovación. Todas las primas son pagaderas antes de que la cobertura de esta póliza sea proporcionada.

Periodo de Gracia

Un periodo de gracia de 30 días, sin cargo de interés, será permitido para el pago de cualquier prima vencida después de la primera prima. Durante el periodo de gracia, la Aseguradora suspenderá la cobertura por 30 días si la Prima no es recibida en la Fecha de Pago de Prima. Si se recibe la Prima dentro de los 30 días siguientes a la Fecha de Pago de Prima, la cobertura se reanudará sin interrupción en la cobertura.

Si la Prima vencida no es pagada dentro del período de gracia, la Aseguradora cancelará la Póliza desde la Fecha de Pago de Prima por la que el periodo de gracia estaba en efecto. Todas las Primas no pagadas hasta la fecha de terminación son obligación del Titular de la Póliza.

Si la Aseguradora recibe aviso por escrito del Titular de la Póliza de su intención de cancelar la Póliza, la Aseguradora cancelará la Póliza en la última fecha de las dos fechas siguientes:

- La fecha solicitada por el Titular de la Póliza pero no más allá de 30 días después de la fecha en que el aviso fue recibido por la Aseguradora;
- La fecha en que la Aseguradora recibe el aviso.

Toda Prima no pagada a la fecha de cancelación es obligación del Titular de la Póliza así como cualquier otro ajuste a las primas impuesto como resultado de la cancelación.

Se generará un cargo por servicios a causa de cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes, cuentas cerradas o por pagos detenidos de un cheque. Los cheques devueltos serán considerados como Primas no pagadas.

Modificaciones de Póliza y Tarifas

El plazo de la Póliza comienza en la Fecha Efectiva de la Póliza como se establece en la Portada de la Póliza y termina a medianoche 365 días después.

La Aseguradora tiene derecho de cambiar cualquier Prima o base de tarifa, en:

- Cualquier Fecha de Aniversario. La Aseguradora deberá avisar al Titular de la Póliza del cambio por lo menos 30 días antes de que la Aseguradora haga el cambio; o
- En cualquier momento en que haya un cambio en el número de Asegurados o un cambio en la ubicación de residencia de los Asegurados.

Otros Cambios en la Prima

Cambios en las Primas debido a los siguientes motivos ocurrirán automáticamente y serán cargados desde la fecha en la que el cambio ocurra:

- Un aumento o disminución en los beneficios proporcionados bajo la Póliza; o
- Adiciones, eliminaciones, aumentos o disminuciones en el seguro de los dependientes de un Asegurado; o
- Adición de un nuevo Asegurado; o
- Terminación de un Asegurado;

Cualquier cambio semejante será prorrateado al período de pago de la Prima del Titular de la Póliza y reflejado en el estado de cuenta de la próxima facturación del Titular de la Póliza. Los cambios en la edad de una Persona Asegurada son considerados como cambios en las características demográficas del Titular de la Póliza. Los cambios resultantes en las primas ocurrirán y serán fijados en la fecha de renovación.

Duración de la Cobertura

Los beneficios son pagados en la medida en que una Persona Asegurada recibe cualquiera de los tratamientos cubiertos bajo el Programa de Beneficios después de la fecha efectiva, incluyendo cualquier periodo de espera adicional y hasta la fecha en que dicho individuo ya no cumpla con la definición de una Persona Asegurada.

Alteraciones

La Compañía puede alterar cualquiera de los términos de esta póliza en cualquier fecha de renovación. Una copia de los términos actuales de la póliza será enviada al Cliente en ese momento.

Cumplimiento de los Términos de la Póliza

Nuestra obligación bajo esta póliza será condicional al cumplimiento, por cada Persona Asegurada, de sus términos y condiciones.

Cambio en el Riesgo

El Titular de la Póliza deberá informar a la Compañía, tan pronto como sea razonablemente posible, de cualquier cambio relacionado con las Personas Aseguradas (tales como cambio de dirección, ocupación o estado civil) o de cualquier otro cambio importante que afecte la información proporcionada con relación a la aplicación para cobertura bajo esta póliza. La Compañía se reserva el derecho de alterar los términos de la póliza o cancelar la cobertura de una Persona Asegurada después de un cambio en el riesgo.

Cancelación

La Compañía se reserva el derecho de cancelar cualquier póliza según se describe a continuación:

- Esta póliza será cancelada automáticamente a falta de pago de la prima, aunque la Compañía podrá, a su discreción, restablecer la cobertura si la prima es pagada posteriormente.
- Si cualquier prima vencida del titular de la póliza permanece impaga, la Compañía puede, además, aplazar o cancelar el pago de todos o alguno de los reclamos por gastos incurridos durante el periodo en que permanezca impaga.
- Aunque la Compañía no deberá cancelar esta póliza debido a reclamos elegibles efectuados por una Persona Asegurada, podrá en cualquier momento terminar la relación con un individuo /o cualquiera de sus dependientes elegibles o sujetar su cobertura a distintos términos si él/ella o el titular de la póliza en cualquier momento han:
 - Engañado a la Compañía a través de información falsa u ocultación;
 - Concientemente reclamado beneficios para fines distintos a los previstos bajo esta póliza;

- Estado de acuerdo en cualquier intento de un tercero de obtener una ventaja pecuniaria no razonable en nuestro detrimento;
 - Incumplido los términos y condiciones de esta póliza o incumplido en actuar con suma buena fe.
- Si la Compañía cancela esta póliza, deberá dar previo aviso de 30 días.

Reclamos Fraudulentos/Infundados

Si cualquier reclamo bajo esta póliza es, en cualquier aspecto, fraudulento o infundado, todos los beneficios pagados y/o pagaderos con relación a dicho reclamo serán perdidos y, si es procedente, recuperados.

Jurisdicción

Esta póliza se encuentra regida por, y deberá ser interpretada de acuerdo con las leyes de Guernsey, Islas del Canal y se sujetará a la exclusiva jurisdicción de sus tribunales.

Privacidad

La confidencialidad de su información es de suprema preocupación para las compañías de GBG. GBG cumple con la Legislación de Protección de Información y los Lineamientos de Confidencialidad Médica. La información enviada a GBG a través de nuestro sitio web se encuentra normalmente desprotegida hasta que llega a nosotros. Nosotros sí compartimos información, pero únicamente en lo que concierne a la administración de sus beneficios de asistencia de salud.

Liquidación de los Reclamos

Todos los reclamos pagados serán liquidados en la misma moneda de la prima. Si el asegurado pagó el tratamiento, o recibe una factura por servicios cubiertos en una moneda distinta a la de la prima, incluyendo facturas enviadas directamente a la Compañía o su Administrador de Reclamos, dichos pagos y facturas serán convertidos a la moneda de la prima a la tasa de cambio efectiva al momento en que dicho servicio fue prestado.

Renuncia

La Renuncia por parte de la Compañía de cualquier término o condición de esta póliza no impedirá que nos apoyemos en dicho término o condición en lo sucesivo.

Transferencia

- Si el asegurado principal muere, esta póliza automáticamente será transferida a la Persona Asegurada de mayor edad con más de 18 años quien deberá, a la muerte del asegurado principal, convertirse en el asegurado principal para todos los fines de esta póliza y será responsable del pago de la prima;
- Un dependiente que ya no es elegible para cobertura bajo este plan (como dependiente) no tiene derechos o privilegios de transferencia o continuidad con la Compañía.

Rechazo de Responsabilidad

Ni la Aseguradora ni el Titular de la Póliza son responsables de la calidad de la asistencia recibida de parte de una institución o individuo. Esta Póliza no otorga al Asegurado ningún reclamo, derecho o causa de acción contra la Aseguradora o el Titular de la Póliza con base en un acto de omisión o comisión de un Hospital, Médico u otro proveedor de asistencia o servicios.

Reclamos

Todos los reclamos, a nivel mundial, se encuentran sujetos a cargos Usuales, Razonables y Acostumbrados según lo determina la Aseguradora y son procesados en el orden en que se reciben. Para que los reclamos sean pagados, estos deben ser presentados de una manera aceptable para la Aseguradora. Los formularios de reclamo pueden obtenerse de nuestro sitio web en www.gbg.com.

Reclamos presentados por el proveedor:

Los reclamos pueden ser presentados a la Aseguradora directamente por la institución o proveedor. Si el Asegurado ya ha pagado a la institución o proveedor, el Asegurado deberá presentar el reclamo, junto con los recibos pagados originales, y el formulario de reclamo directamente a la Aseguradora. No se aceptarán fotocopias; sin embargo, usted puede enviar por fax o escanear la información al área de reclamos. (Ver Sección Cómo Presentar un Reclamo). La Aseguradora pagará al Asegurado de acuerdo con los términos del contrato del proveedor, si existiere. Las facturas provenientes de Proveedores dentro de los Estados Unidos deberán ser presentadas en formatos HCFA 1500 o UB92.

Reclamos presentados por el Asegurado:

El Asegurado debe presentar los reclamos directamente a la Aseguradora. Los recibos de pago originales deben acompañar dichos reclamos. No se aceptarán fotocopias a menos que los reclamos sean presentados electrónicamente. La Aseguradora pagará al Asegurado de acuerdo con los términos de esta Póliza. Remítase a la Sección con el título Cómo Presentar un Reclamo.

Revelar la Información Necesaria

El Asegurado acuerda en su nombre y en nombre de su(s) Dependiente(s) Asegurado(s), permitir a cualquier Médico, Hospital, farmacia o Proveedor dar a la Aseguradora toda la información médica que la Aseguradora determine como necesaria, incluyendo un historial y/o diagnóstico médico completo. La Aseguradora mantendrá esta información confidencial. Además, al aplicar para cobertura, el Asegurado autoriza a la Aseguradora para suministrar cualquiera y todos los registros con respecto a dicha Persona Asegurada incluyendo un diagnóstico completo e información médica a una junta médica de revisión apropiada, junta u organización de revisión de utilización y/o a cualquier administrador u otra compañía aseguradora para fines de administración de esta Póliza. También puede haber solicitudes adicionales de información de salud del Asegurado.

Solicitud de Reproducción de Registros

La Aseguradora se reserva el derecho de efectuar un cargo por las reproducciones de los registros de reclamos solicitadas por el Asegurado o su representante.

Límites de Tiempo

Las solicitudes para pago de beneficios deben ser recibidas en la oficina del administrador de reclamos de la Aseguradora a más tardar **180 días** después de la fecha en que el Asegurado recibió el servicio. Los reclamos recibidos después de esta fecha quedarán excluidos de cobertura.

Las preguntas relacionadas con reclamos pasados deben ser recibidas dentro de los 12 meses posteriores a la fecha del servicio para ser consideradas para revisión.

Coordinación de Beneficios

Cuando una Persona Asegurada tiene cobertura bajo otro contrato de seguro, incluido pero sin limitarse a seguro de salud, Medicare, Medicaid, seguro de compensación al trabajador, seguro de automotor (ya sea directo o de un tercero) y cobertura por enfermedad ocupacional, y un servicio recibido se encuentra cubierto por dichos contratos, los beneficios serán reducidos bajo esta Póliza para evitar la duplicación de beneficios disponibles bajo el otro contrato incluyendo beneficios que hubiesen sido pagaderos si el Asegurado los hubiese reclamado. En ningún caso será pagado o reembolsado más del 100% del Gasto Permitido y/o del beneficio máximo para los servicios cubiertos. Es la obligación del Asegurado informar a la Aseguradora de todas las otras coberturas. Los ciudadanos de los Estados Unidos que son elegibles para beneficios de USA Medicare deberán aplicar para cobertura bajo esos beneficios para servicios médicos y de prescripción obtenidos dentro de los Estados Unidos. La aseguradora tiene pleno derecho de subrogación. Para determinar cuál es la Póliza Principal, se utilizarán los siguientes lineamientos:

- El Plan es Principal si cubre al reclamante como individuo activo.
- Si dos Planes cubren al reclamante como individuo, el Plan que lo ha cubierto por más tiempo es el Plan Principal.
- Si un Asegurado está cubierto como individuo activo bajo el Plan y como retirado o cesante bajo otro Plan, el Plan que lo cubre como individuo activo es el Plan Principal. El Plan que lo cubre como individuo retirado o cesante es el Plan Secundario.

Subrogación

Cuando el plan paga por gastos que fueron el resultado de la presunta negligencia, o que surgen de un reclamo o causa de acción que pueda corresponderle a un tercero responsable de la lesión o muerte del Asegurado o sus Dependientes Asegurados por razón de su elegibilidad para beneficios bajo el Plan, el Plan tiene derecho a la restitución en equidad y anticipará beneficios si el Asegurado acuerda lo siguiente.

El Asegurado y su abogado, para el beneficio exclusivo del plan, deberán mantener cualquier arreglo recibido en fideicomiso.

El Asegurado reembolsará al Plan de lo recuperado por el Asegurado por todos los beneficios pagados por el Plan. El Plan será reembolsado totalmente previo a que el Asegurado reciba cualquier dinero recuperado de cualquier parte o de su aseguradora como resultado de un juicio, arreglo o de otra manera. El deber y obligación de reembolsar al Plan también aplica a cualquier dinero que el Asegurado reciba de cualquier póliza de seguro de motorista con seguro insuficiente o sin seguro. El Asegurado se encuentra obligado a recompensar al Plan aún si el Asegurado no ha sido totalmente compensado o resarcido con cualquier dinero que reciba. El Asegurado debe incluir el nombre del Plan como co-beneficiario en cualquier cheque de liquidación. El Plan está pagando beneficios confiando en la aceptación del Asegurado de los términos contenidos en esta sección.

El Plan tiene derecho a la plena cooperación del Asegurado en cualquier caso que implique la supuesta negligencia de un tercero. En dichos casos, el Asegurado está obligado a proporcionar al Plan la información, ayuda y registros que el Plan pueda requerir para hacer valer los derechos de esta disposición. El Asegurado, además, acuerda que en caso que el Plan tenga razones para creer que el Plan tiene un derecho de subrogación, el Plan puede requerir al Asegurado completar un cuestionario de subrogación, firmar un reconocimiento de los derechos de subrogación del Plan y un acuerdo para proporcionar información en curso; antes de que el Plan pague o continúe el pago de reclamos de acuerdo con sus términos y condiciones. Al recibir los materiales solicitados, el Plan comenzará o continuará los pagos de reclamos de acuerdo con sus términos y condiciones, siempre y cuando dicho pago de reclamos no perjudique de manera alguna los derechos del Plan.

El Plan puede, pero no está obligado a, tomar cualquier acción legal que considere apropiada contra el tercero o el Asegurado, para recuperar los beneficios que el Plan ha pagado. El ejercicio de este derecho del Plan no afectará el derecho de la Persona Cubierta de perseguir otras formas de recuperación, a menos que la Persona Cubierta y su representante legal consientan de otra manera.

En caso que el pagador de Reclamos determine que una recuperación por subrogación existe, el Pagador de Reclamos retiene el derecho de emplear los servicios de un abogado para recuperar el dinero debido al Plan. El Asegurado acuerda cooperar con el abogado que persigue la recuperación por subrogación. La compensación que el abogado del Plan reciba será pagada directamente de los dólares recuperados para el Plan.

El Plan declara específicamente que no tiene el deber u obligación de pagar honorarios al abogado del Asegurado por los servicios del abogado al efectuar una recuperación en nombre del Asegurado.

El Asegurado está obligado a informar a su abogado del derecho de subrogación y a no hacer distribuciones de cualquier acuerdo o juicio, sin la aprobación escrita del Plan, que de cualquier manera tengan como resultado que el Plan reciba menos de la cantidad total de su derecho.

El Asegurado, además, acuerda que no exonerará a ningún tercero o su aseguradora, sin la previa aprobación por escrito del Plan, y que no tomará acciones que perjudiquen el derecho de subrogación del Plan.

El Asegurado acuerda abstenerse de particularizar un arreglo, de cualquier manera, a fin de evitar el reintegro del gravamen o derecho de reembolso de Plan.

La Aseguradora se reserva la facultad discrecional de interpretar esta y todas las demás disposiciones y la facultad discrecional de determinar el monto del gravamen.

El plan paga secundario a cualquiera y todas las coberturas PIP, Med-Pay o No-Fault. El Plan no tiene el deber u obligación de pagar ningún reclamo hasta que las coberturas PIP, Med-Pay o No-Fault hayan sido agotadas. En caso que el Plan pague reclamos que debieron haber sido pagados por la cobertura PIP, Med-Pay o No-Fault bajo esta disposición, entonces el Plan tiene derecho de recuperación de las aseguradoras PIP, Med-Pay o No-Fault.

Cobertura y Beneficios de Asistencia en Salud

Alcance de la Cobertura

La Póliza cubre a las Personas Aseguradas por los Gastos Permitidos de servicios médicos cubiertos proporcionados en las áreas de cobertura seleccionadas en la Portada de la Póliza, incluyendo hospitalización, cirugía, servicios ambulatorios, tratamiento médico y suministros médicos incurridos mientras dicha Persona Asegurada se encuentra enrolada bajo la Póliza. Dichos servicios deben ser recomendados o aprobados por un profesional en medicina con licencia. También deben ser esenciales y Médicamente Necesarios, a juicio de la Aseguradora, para el tratamiento de la lesión o enfermedad de una Persona Asegurada a quien se le proporciona seguro en virtud de la Póliza.

Áreas de Cobertura

La Compañía ofrece dos áreas geográficas de cobertura: Mundial y América Latina. La Portada de su Póliza y la Tarjeta de Identificación médica establecen las áreas de cobertura incluidas en su plan.

Todas las emergencias deben ser **aprobadas por GBG Assist**. La información de contacto de GBG Assist puede encontrarse en la Tarjeta de Identificación médica. Si se determina que la situación es una Emergencia Médica entonces GBG Assist dirigirá al asegurado al centro más cercano de la red. Si GBG Assist no es contactado previo al tratamiento y no se considera una emergencia médica entonces la cobertura puede ser denegada.

En situaciones en las que no es posible contactar a GBG Assist previo al tratamiento, el asegurado o su designado debe entonces contactar a GBG Assist dentro de las 48 horas posteriores al acontecimiento de la emergencia.

Las siguientes reglas adicionales aplican para ambos Planes, América Latina (Únicamente) y Mundial:

- La Compañía se reserva el derecho a limitar o prohibir el uso de Proveedores que excedan significativamente los costos razonables y acostumbrados.
- En caso que la Compañía desarrolle una Red de Proveedores Preferidos dentro de su ubicación geográfica, la Compañía se reservará el derecho de limitar el tratamiento a los Proveedores Preferidos.

Programa de Beneficios y Portada de la Póliza

Todos los beneficios de esta Póliza son pagaderos de acuerdo con el Programa de Beneficios y la Portada de la Póliza que estén en vigor al momento en que los servicios son prestados. El Programa de Beneficios y la Portada de la Póliza contienen los niveles de pago, limitaciones de beneficios, máximos de beneficios y otra información aplicable. La recepción del Programa de Beneficios y Portada de la Póliza actuales por el Titular de la Póliza constituirá entrega al Asegurado. El Pago de Beneficios, como se establece en el Programa de Beneficios, se encuentra sujeto al Deducible Anual de la Póliza, Copagos y otras limitantes establecidas en la póliza, a menos que se establezca de otra manera.

Deducibles y Copagos del Plan

Deducible

El deducible es la primera cantidad en dólares pagada por cada una de las Personas Aseguradas de los gastos permitidos por gastos en tratamiento médico elegible durante cada año póliza antes de que los beneficios de la Póliza sean aplicados. Los deducibles para Dentro y Fuera de América Latina (p. ej. - Plan Mundial) y para Dentro y Fuera del País de Residencia (p. ej. - Plan América Latina Únicamente) se acumulan sobre una base combinada. Los deducibles se encuentran indicados en la Tarjeta de Identificación médica y en la Portada de la Póliza.

Aplicación del Deducible y Copagos

Cuando los reclamos son presentados a la Aseguradora, los gastos permitidos serán aplicados al Deducible o a cualquier monto de Copago que pueda ser aplicable y entonces serán calculados y reembolsados al porcentaje determinado en el Programa de Beneficios. Una vez que el Deducible ha sido satisfecho, todos los gastos permitidos serán pagados al 100% del URC hasta las cantidades máximas establecidas descritas en el Programa de Beneficios. Algunos de estos beneficios pueden estar sujetos a copagos que están establecidos en una base “por visita”.

Máximo Vitalicio

Ciertos pagos de Beneficios están sujetos a un máximo agregado vitalicio por Persona Asegurada individual según se indica en el Programa de Beneficios, mientras la Póliza permanece vigente. El Máximo Vitalicio incluye todos los Máximos de Beneficios especificados en esta Póliza, incluyendo aquellos especificados en el Programa de Beneficios, en la Portada de la Póliza y en cualquier Endoso de la Póliza o Anexos.

Condiciones Preexistentes y Elegibilidad

Las Condiciones Preexistentes deben ser reveladas en la Aplicación. Un periodo de espera de 12 meses aplicará a todas las condiciones preexistentes declaradas en la aplicación. Las condiciones preexistentes no reveladas no se encuentran cubiertas. Ver Definición de condiciones Preexistentes. Ver la Portada de la Póliza para consultar los términos y condiciones relacionados con la emisión de esta Póliza.

Periodo de Espera

Esta póliza contiene un período de espera de 60 días, durante el cual únicamente serán cubiertas las enfermedades o lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o enfermedades de origen infeccioso que se manifiestan por primera vez dentro de este período.

La Aseguradora puede renunciar al período de espera solo si:

- Otro seguro de gastos médicos del Asegurado estaba vigente con otra compañía por al menos un año consecutivo, y
- La fecha efectiva de esta póliza comienza dentro de los 60 días de la caducidad de la cobertura previa, y
- La cobertura previa es revelada en la aplicación de salud, y
- La póliza previa y una copia del recibo del pago de la prima del último año son presentadas con la aplicación de salud.

Si se renuncia al período de espera, los beneficios pagaderos por una condición manifestada durante los primeros 60 días de cobertura serán limitados, mientras la póliza esté vigente, al menor beneficio proporcionado ya sea por esta póliza o por la póliza anterior. Ver la Portada de la Póliza para determinar si este período de espera aplica a su Póliza.

Requisitos y Procedimientos de Preautorización

Ciertos servicios determinados requieren Preautorización y se requiere que los Asegurados sigan los procedimientos descritos a continuación.

En ciertas áreas geográficas, o de acuerdo con características específicas de la póliza, también se puede requerir que los Asegurados utilicen la Organización de Proveedores Preferidos (OPP) o la Red de Proveedores Preferidos (RPP) de la Aseguradora.

La Preautorización es un proceso a través del cual una Persona Asegurada obtiene aprobación para ciertos procedimientos o tratamientos médicos que no son de emergencia, previa al comienzo del tratamiento médico propuesto. Esto requiere que la Persona Asegurada presente un formulario de Solicitud de Preautorización completado a GBG Assist **con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación** a la fecha del procedimiento o tratamiento programado. GBG Assist revisará el asunto y responderá a la Persona Asegurada. Para asegurar el reembolso total de los servicios cubiertos, la Persona Asegurada debe recibir aprobación escrita de GBG Assist previo al inicio del tratamiento médico propuesto.

Los siguientes servicios requieren Preautorización:

- Hospitalización
- Cirugía Ambulatoria que requiera anestesia general o local
- Todo Tratamiento para el Cáncer en exceso de \$10,000 (Incluyendo Quimioterapia y Radiación)
- Enfermería Especializada o Privada — (Cuando se requieren 4 o más visitas)
- Trasplantes de Órganos, Médula Ósea, Células Madre y otros procedimientos similares
- Ambulancia Aérea — El servicio de ambulancia aérea será coordinado por el proveedor de ambulancias aéreas de la Aseguradora
- Cualquier condición, incluyendo el tratamiento para el cáncer y cualquier condición crónica, que no cumpla con los criterios anteriores pero que se espera acumule más de \$10,000 de tratamiento médico por año póliza.

La Persona Asegurada debe obtener una carta de autorización previo a la realización de dichos servicios. Tanto para las solicitudes de Preautorización como para información sobre la Red, representantes de Servicio al Cliente se encuentran disponibles 24 horas al día, todos los días. Los Centros de la Red también pueden ser encontrados en www.gbg.com.

Por favor advierta: algunas solicitudes de tratamiento pueden requerir más de 5 días para completar el proceso de revisión.

Las **Autorizaciones de Emergencia Médica** deben ser recibidas dentro de las 48 horas siguientes a la admisión o procedimiento. En caso de emergencia médica, el Asegurado debe dirigirse al Hospital o proveedor más cercano para obtener asistencia aunque ese Hospital o proveedor no sea parte de la Red OPP.

La falta de Preautorización o la no utilización de la red adecuada cuando sea requerido resultarán en una reducción del 40% en el pago de los gastos cubiertos. Cualquier penalidad semejante aplicará a todo el episodio de asistencia. Si el tratamiento no hubiese sido aprobado por el proceso de preautorización, todos los reclamos relacionados serán denegados.

A pesar del requerimiento de preautorización:

- La aprobación de la preautorización no garantiza el pago completo de un reclamo, pues pueden aplicar copagos y deducibles adicionales.
- Los beneficios pagaderos bajo la Póliza continúan sujetos a elegibilidad en el momento en que los cargos son incurridos y a todos los otros términos, limitaciones y exclusiones de la Póliza.

Emergencia Médica que Requiere Evacuación

- En caso de una emergencia que requiera evacuación médica, contacte al Departamento de 24 horas de GBG Assist, anticipadamente, para aprobar y arreglar dicho transporte aéreo médico de emergencia. El Centro de Operaciones, en nombre de la aseguradora, se reserva el derecho a decidir el centro médico al que la Persona Asegurada deberá ser transportada.
- **Las evacuaciones médicas aprobadas serán hacia el centro médico más cercano capaz de proporcionar el tratamiento médico necesario.** La información de contacto de GBG Assist puede ser encontrada en la Tarjeta de Identificación médica.

Red de Proveedores Preferidos – Estados Unidos / Canadá

La Compañía mantiene una Red de Proveedores Preferidos dentro y fuera de los Estados Unidos. Fuera de los Estados Unidos, la Compañía mantiene el derecho de requerir el uso de un Proveedor de la Red donde esté disponible. Por favor visite www.gbg.com para un listado completo de proveedores.

En los Estados Unidos y Canadá, las elecciones del proveedor y el cálculo del reembolso estarán basados en tres escalas del tipo de red de proveedor: (el reembolso es calculado después del deducible y los copagos).

Proveedor Preferido Dentro de la Red – 100% de reembolso de gastos permitidos después de que el deducible y otros montos de copago aplicables sean aplicados. Esta Escala se compone de todos los proveedores contratados así como de otros proveedores preferidos designados por la Compañía e incluidos en el sitio web.

Fuera de la Red (Cuando un proveedor de la red estaba disponible dentro de un radio de 30 millas alrededor de su residencia local y el asegurado eligió no utilizar al proveedor de la red.) – 80% de reembolso a menos que el Programa de Beneficios refleje términos diferentes. Los beneficios pagaderos están limitados a los Costos Razonables y Acostumbrados para los servicios recibidos o pueden estar limitados a la tarifa negociada de un proveedor similarmente situado en la Red de Proveedores Preferidos.

Área Fuera del Mercado – 100% de Reembolso de Gastos Permitidos después de que el deducible y otros copagos aplicables hayan sido aplicados cuando **No existen Proveedores de la Red** ubicados dentro de un radio de 30 millas alrededor de la residencia local del Asegurado.

Para obtener información sobre los proveedores y centros dentro de la Red de Proveedores Preferidos, consulte a GBG Assist al número en su Tarjeta de Identificación médica o en www.gbg.com.

Para tratamiento que no es de emergencia dentro de los Estados Unidos y fuera de la Red de Proveedores Preferidos, cuando un proveedor de red adecuado esté disponible, los Asegurados serán reembolsados hasta los cargos negociados por GBG con la Red Proveedores Preferidos o los Costos Razonables y Acostumbrados. Los montos en exceso de estos costos serán la responsabilidad única del Asegurado. Las cantidades en exceso de los costos razonables y acostumbrados no contarán para el máximo en efectivo, deducibles o copagos.

Beneficios de Internamiento Hospitalario

Los servicios de hospitalización incluyen, pero no se limitan a, habitación y alimentación semiprivada (según se establece en el Programa de Beneficios), asistencia de enfermería general y los siguientes servicios adicionales: servicios y suministros que sean Médicamente Necesarios y aprobados y cubiertos por la Póliza, comidas y dietas especiales (solo para el paciente), uso de la sala de operaciones e instalaciones relacionadas, uso de las unidades de cuidados intensivos y cardíacos, y servicios relacionados incluyendo rayos-X, exámenes de laboratorio y otros exámenes de diagnóstico, fármacos, medicamentos, anestesia biológica y servicios de oxígeno, terapia de radiación, terapia de inhalación, quimioterapia y la administración de productos sanguíneos.

Servicios de Internamiento

Con excepción del cuidado para la salud mental, los beneficios son proporcionados por Programa de Beneficios por asistencia Hospitalaria con internamiento médicamente necesaria.

- Acomodaciones: Se proporciona cobertura de habitación y alimentación, dietas especiales y asistencia de enfermería general. Todos los cargos en exceso de la tarifa semiprivada permitida son responsabilidad del Asegurado.
- Unidades de Cuidados Intensivos: Los Beneficios serán proporcionados con base en el Gasto Permitido para servicios de Cuidados Intensivos médicamente necesarios.

Servicios Hospitalarios Complementarios a Pacientes Internados

Si es médicamente necesario para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión por la que la Persona Asegurada se encuentra hospitalizada, también se encuentran cubiertos los siguientes servicios:

- Uso de la sala de operación y de la sala de recuperación;
- Todos los medicamentos incluidos en la Farmacopea de los Estados Unidos o en el Formulario Nacional;
- Transfusiones de sangre, plasma sanguíneo, expansores plasmáticos y todos los exámenes, componentes, equipo y servicios relacionados;
- Vendajes quirúrgicos;
- Exámenes de laboratorio;
- Equipo médico durable;
- Pruebas de rayos-X de diagnóstico;
- Terapia de radiación suministrada por un radiólogo para el tratamiento de malignidad probada o enfermedades neoplásicas;
- Terapia respiratoria suministrada por un Médico o por un terapeuta respiratorio registrado;
- Quimioterapia suministrada por un Médico o Enfermero bajo la dirección de un Médico;
- La terapia Física y Ocupacional (si están cubiertas) deben ser suministradas por un Médico o terapeuta físico u ocupacional registrado y deben relacionarse específicamente con el plan de tratamiento escrito del médico.
- La terapia deberá:
 - Producir una mejora significativa a la condición del Asegurado en un periodo de tiempo razonable y predecible, y
 - Ser de tal nivel de complejidad y sofisticación, y/o la condición del paciente debe ser tal que la terapia requerida pueda ser realizada, de manera segura y efectiva, solamente por un terapeuta físico u ocupacional registrado, o
 - Ser necesaria para el establecimiento de un programa efectivo de mantenimiento. El mantenimiento en sí no está cubierto.

Servicios de Centro de Cuidado Extendido, Enfermería Especializada y Rehabilitación con Internamiento

Los Beneficios se encuentran disponibles hasta los Máximos Diarios y Año Póliza según se describe en el Programa de Beneficios para un confinamiento con Internamiento y servicios suministrados en un centro de cuidado extendido después de, o en lugar de, una admisión Hospitalaria como resultado de una enfermedad, incapacidad o lesión cubiertas. La asistencia prestada debe ser de un nivel especializado y es pagadera de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente. La asistencia intermedia, de custodia, de descanso y de cuidado hogareño no será considerada como especializada y no está cubierta.

La cobertura por confinamiento se encuentra sujeta a la aprobación de la Aseguradora. Los servicios cubiertos incluyen:

- Enfermería especializada y servicios relacionados con base en un internamiento para pacientes que requieren asistencia médica o de enfermería por una enfermedad cubierta.
- Rehabilitación para pacientes que requieren dicho cuidado por una enfermedad, incapacidad o lesión cubierta.

La preautorización de GBG Assist es obligatoria si se requieren más de 4 visitas. La Aseguradora tiene derecho a revisar un confinamiento, según lo considere necesario, para determinar si la estadía es médicamente apropiada. Un confinamiento incluye todas las admisiones a un centro de asistencia extendida aprobado que no estén separadas por al menos ciento ochenta (180) días.

Beneficios para Pacientes Externos

Cuando una Persona Asegurada sea tratada como paciente externo de un Hospital u otro centro, se pagarán beneficios por cargos y servicios adicionales de acuerdo con el Programa de Beneficios actual por los siguientes:

- Tratamiento de lesión accidental dentro de las 48 horas posteriores al accidente;
- Procedimientos quirúrgicos menores;
- Servicios de emergencia médicamente necesarios cubiertos, según aquí se definen.

Nota: La Cirugía para Paciente Externo incluye todos los procedimientos invasivos y debe ser Preautorizada. Si los servicios son prestados en los Estados Unidos deberán ser prestados por un Proveedor de la Red.

Beneficios Quirúrgicos y Médicos

Servicios Quirúrgicos

La Aseguradora proporcionará beneficios por servicios quirúrgicos cubiertos recibidos en un Hospital, en el consultorio de un Médico o en otro centro aprobado. Los servicios quirúrgicos incluyen procedimientos operatorios y de incisión, tratamiento de fracturas y dislocaciones y parto obstétrico. Cuando sean médicamente necesarios, se pagarán honorarios quirúrgicos auxiliares.

Servicios de Anestesia

Se proporcionan beneficios para el servicio de un anestesiólogo, distinto al cirujano que opera o su asistente, que administre anestesia en un procedimiento quirúrgico u obstétrico cubierto.

Servicios Médicos con Internamiento

La Aseguradora reembolsará una visita Médica por día mientras el Asegurado es un paciente en un Hospital o Centro de Atención Extendida aprobado. Las visitas que forman parte del cuidado preoperatorio y posoperatorio normal están cubiertas bajo los honorarios quirúrgicos y la Aseguradora no pagará cargos separados para dicha asistencia. Si es médicamente necesario, la Aseguradora puede elegir pagar más de una visita de médicos distintos en un mismo día si los médicos son de distintas especialidades. Cuando sean necesarias visitas Médicas largas, prolongadas o repetidas a pacientes internados a causa de una Condición Crítica, el pago de dichos servicios médicos intensivos se basa en cada caso individual. La Aseguradora requerirá la presentación de registros y otra documentación sobre la necesidad médica de los servicios intensivos. Los Servicios Médicos con Internamiento son pagaderos de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente.

Duración del Cuidado con Internamiento

Los confinamientos hospitalarios por internamiento, cuando se cobre un cargo por acomodación nocturna, sala o cama, serán cubiertos únicamente por el tiempo en que el paciente cumpla los siguientes criterios:

- La admisión hospitalaria fue preautorizada por GBG Assist, o fue considerada como una emergencia médica por GBG Assist, o
- El estado de salud del paciente continúa requiriendo niveles agudos o subagudos de tratamiento médico curativo, enfermería especializada, terapia física o servicios de rehabilitación. GBG Assist es responsable de esta determinación del estado de salud del paciente.

Los confinamientos hospitalarios por internamiento principalmente con propósitos de recibir cuidados asistenciales no agudos, de largo plazo, cuidado de mantenimiento crónico o ayuda con Actividades del Diario Vivir (ADV), no son gastos elegibles.

Visitas Médicas de Pacientes Externos

La Aseguradora proporciona beneficios por visitas médicas a un Médico, en el consultorio del Médico, si es médicamente necesario. Los beneficios están limitados a una visita por día por Persona Asegurada. Si es médicamente necesario, la Aseguradora puede optar por pagar más de una visita a distintos médicos el mismo día si los médicos son de distintas especialidades. Los servicios de exámenes físicos de rutina, incluyendo servicios de diagnóstico relacionados y cuidado rutinario de los pies no se encuentran cubiertos, excepto según se establece específicamente en esta Póliza. Todas las visitas médicas de pacientes externos son pagaderas de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente.

VIH, SIDA y CRS

Hay beneficios disponibles para servicios médicamente necesarios, no experimentales, suministros y medicamentos para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), enfermedades de transmisión sexual y todas las condiciones relacionadas, siempre que la condición o condiciones no sean consideradas preexistencias.

Servicios Médicos de Emergencia

Se entiende por Servicios Médicos de Emergencia los servicios proporcionados con relación a una "Emergencia", definida como el comienzo repentino e inesperado de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica que la Persona Asegurada necesita después del comienzo de dicha condición (o tan pronto como la asistencia pueda ponerse a su disposición pero en ningún caso después de las 24 horas posteriores al comienzo de la condición) y en ausencia de la cual un Asegurado podría sufrir lesiones severas de por vida o muerte prematura.

Servicios Relacionados con la Maternidad – Servicios de Maternidad y Servicios de Cuidado Infantil de Recién Nacidos están incluidos en los Planes 1, 2 y 3. Por favor ir a la Portada de la Póliza para determinar si estos beneficios se incluyen en su Plan.

- ▶ **Periodo de Espera por Maternidad:** Los costos relacionados con un embarazo normal, cesárea médicamente necesaria y el nacimiento de un hijo y cualquier condición relacionada en la que se incurre cuando la fecha real del parto es, por lo menos, 10 meses después de la fecha efectiva del respectivo padre/dependiente asegurado serán cubiertos de acuerdo con los términos de la Póliza. Los siguientes beneficios de maternidad están cubiertos según se describe en el Programa de Beneficios y son aplicables a cualquier condición relacionada con el embarazo, incluyendo pero sin limitarse al parto, prenatal, aborto espontáneo y parto prematuro son pagaderos.

- Las vitaminas prenatales están cubiertas únicamente durante el periodo del embarazo, si son prescritas por un médico;
- Se permitirán dos ultrasonidos por embarazo. En caso de embarazo de alto riesgo o complicaciones, se considerarán ultrasonidos adicionales con la presentación de una carta de necesidad médica del doctor.

Nota: Las Cesáreas electivas no están cubiertas. Por favor ir a la sección de Definiciones de esta Póliza para obtener una descripción concerniente a las Cesáreas electivas.

- ▶ **Servicios Obstétricos (Ir a la Portada de la Póliza para determinar si los Servicios de Maternidad se incluyen en su Plan)**
 - Los servicios se encuentran cubiertos según se establecen en el Programa de Beneficios y se limitan a:
 - Servicios hospitalarios prestados en un Hospital con licencia o centro de nacimientos aprobado (incluyendo anestesia, parto, cuidado prenatal y posnatal) por cualquier condición relacionada con el embarazo, incluyendo, pero sin limitarse a, parto y aborto espontáneo.
 - Servicios obstétricos (incluyendo cuidado prenatal, parto y posnatal) y servicios de anestesia prestados por médicos.

Nota: La cobertura de maternidad para una hija dependiente termina a la edad de 18 años.

► **Complicaciones del Embarazo (Ir a la Portada de la Póliza para determinar si los Servicios de Maternidad se incluyen en su Plan)**

Las complicaciones por maternidad y/o complicaciones de nacimiento del recién nacido (no relacionadas con desórdenes congénitos o hereditarios), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, insuficiencia respiratoria y trauma de nacimiento se cubren de la siguiente manera:

- Este beneficio aplicará únicamente si todas las disposiciones de los Servicios Relacionados con la Maternidad han sido cumplidas.
- Este beneficio no aplica a complicaciones relacionadas con cualquier condición excluida o no cubierta por esta Póliza incluyendo, pero sin limitarse a, complicaciones de maternidad y de nacimiento de un recién nacido en un embarazo que es el resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida o embarazos no cubiertos.
- Las complicaciones causadas por una condición que fue diagnosticada antes del embarazo, y/o las consecuencias de la misma, serán cubiertas de acuerdo con las disposiciones de la Póliza.

► **Servicios de Cuidado Infantil de un Recién Nacido (Ir a la Portada de la Póliza para determinar si esta cobertura se incluye en su Plan)**

Los servicios hospitalarios de sala de recién nacidos y el cuidado médico proporcionado por el Médico que atiende para infantes recién nacidos en el Hospital se encuentran cubiertos si la aplicación del bebé es recibida por la Aseguradora dentro de los 30 días posteriores al nacimiento para su enrolamiento como Asegurado Dependiente. La cobertura del infante recién nacido sin notificación por los primeros 30 días no deberá exceder el máximo de \$5,000. Los cargos por Servicios Hospitalarios de Sala de Recién Nacidos y Servicios Profesionales para el Infante Recién Nacido se cubren separadamente de los beneficios de Maternidad de la Madre y se encuentran sujetos a la satisfacción del Deducible Año Póliza y otras cantidades de acuerdo con la Póliza y el Programa de Beneficios vigente.

Cobertura de Condiciones Congénitas disponible únicamente para infantes nacidos de un embarazo cubierto bajo esta Póliza y que tenga cobertura continua con la Aseguradora efectiva a partir de la fecha de nacimiento.

Deformidad de la Nariz y del Tabique Nasal

Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal es el resultado de trauma durante un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico y médico serán cubiertos únicamente si es autorizado con anticipación por GBG Assist. Ver la sección con título, Requisitos y Procedimientos de Preautorización.

Servicios Terapéuticos incluyendo Medicina Alternativa

La Aseguradora proporcionará beneficios por servicios terapéuticos médicamente necesarios incluyendo tratamiento con medicina alternativa prestado a un Asegurado como paciente externo de un Hospital, consultorio de un proveedor o centro independiente aprobado. Los beneficios por servicios en un centro o por un profesional de Servicios Terapéuticos o Medicina Alternativa son pagaderos de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente.

La fisioterapia, terapia quiropráctica, terapia vocacional, terapia del lenguaje y terapia ocupacional, proporcionadas por un Médico o terapeuta físico u ocupacional registrados, se encuentran cubiertas. Los servicios deben ser prestados conforme a un plan de tratamiento escrito de un médico, que contenga las metas del tratamiento a corto y a largo plazo y que debe ser proporcionado a la Aseguradora para revisión. La acupuntura y la homeopatía están cubiertas cuando son proporcionadas como tratamiento para una enfermedad cubierta y el tratamiento es proporcionado por un acupunturista certificado u homeópata certificado. Los servicios deberán:

- Producir una mejora significativa en la condición de la Persona Asegurada en periodo de tiempo razonable y predecible; y
- Ser de tal nivel de complejidad y sofisticación, y/o la condición del paciente debe ser tal que la terapia requerida pueda ser realizada de manera segura y efectiva solamente por un terapeuta físico u ocupacional registrado, o
- Ser necesaria para el establecimiento de un programa efectivo de mantenimiento.

Exámenes y Estudios del Sueño

- Los estudios y/o exámenes del sueño por sospecha de las condiciones de Narcolepsia o Apnea Obstructiva del Sueño deben ser preautorizados por GBG Assist. Si se aprueban como médicamente necesarios, serán cubiertos, en una base de caso por caso. Los estudios del sueño por insomnio o síndrome de las piernas inquietas no están cubiertos.

Servicios de Trasplante (Órgano Humano, Médula Ósea, Sangre y Célula Madre)

- Se cubrirán trasplantes médicamente necesarios de sangre, órgano o células por los gastos médicos del receptor únicamente y en una base de caso por caso.
- Todos los servicios de trasplante deben ser preautorizados por GBG Assist.
- Esta cobertura aplica únicamente cuando el receptor del trasplante es una Persona Asegurada bajo esta Póliza.
- Los cargos por el almacenamiento de tejido del donante y los servicios médicos del donante se encuentran cubiertos.
- Los cargos por la búsqueda del donante no están cubiertos.

Beneficios de Salud Mental – Servicios con/sin Hospitalización

Se proporcionan beneficios para tratamiento psicoterapéutico y asesoramiento psiquiátrico y para tratamiento de un diagnóstico psiquiátrico aprobado y son pagaderos según se establece a continuación y de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente.

Según se establece en el Programa de Beneficios:

1. Los beneficios son tanto para tratamiento de salud mental con internamiento en un Hospital o centro aprobado como para tratamiento de salud mental sin internamiento, serán aplicados a los máximos por Año Póliza por persona y a los máximos Vitalicios por persona según se advierte en el programa. Los servicios de asistencia de salud mental deberán ser proporcionados por un Médico o psiquiatra.
2. Los servicios deben ser prestados en el consultorio del proveedor o en el departamento de pacientes externos de un Hospital.
3. Los servicios incluyen el tratamiento de la Bulimia; Anorexia; Duelo; Causas no médicas de insomnio; Trastorno de Déficit Atencional (TDA); y TDAH. El tratamiento con hospitalización debe ser aprobado por GBG Assist.
4. Los siguientes servicios quedan excluidos:
 - Exámenes de aptitud, exámenes y servicios educacionales;
 - Servicios para condiciones no determinadas por la Aseguradora como enfermedades emocionales o de la personalidad;
 - Servicios psiquiátricos que se extiendan más allá del periodo necesario para la evaluación y diagnóstico de deficiencia o retardo mental;
 - Servicios para el tratamiento de enfermedades o desórdenes mentales que no son susceptibles a una modificación favorable;
 - Consejería Matrimonial y Familiar.

Programa para Enfermos Terminales

Enfermos Terminales es un programa aprobado por la Aseguradora para proporcionar un programa administrado centralmente de servicios paliativos y de apoyo a enfermos con enfermedades terminales y sus familias. Terminalmente enfermo significa que el paciente tiene una prognosis de 240 días o menos. Los servicios son proporcionados por un equipo interdisciplinario, médicamente supervisado, de profesionales y voluntarios.

Los servicios cubiertos están disponibles en el hogar, como paciente externo y como paciente con internamiento, hasta el monto incluido en el Programa de Beneficios. La admisión en un programa para enfermos terminales se hace con base en la necesidad del paciente y la familia.

El cuidado de Enfermos Terminales:

- Debe relacionarse con una condición médica que ha sido el contenido de un reclamo válido previo con el Administrador de Reclamos, con diagnóstico de enfermedad terminal realizado por un médico;
- Los beneficios son proporcionados según se describen en el Programa de Beneficios como paciente externo, por asegurado;
- El beneficio es pagadero únicamente con relación a la asistencia recibida de parte de un hospicio reconocido.

Servicios de Enfermería Privada, Enfermería Especializada, Enfermería a Domicilio, Enfermería de Atención en el Hogar

El cuidado de Enfermería Especializada (con y sin internamiento) constituye un beneficio cubierto para quienes requieren un mínimo de cuatro horas consecutivas de asistencia de enfermería especializada por día. Los servicios de enfermería especializada se definen como asistencia prescrita que solo puede ser prestada por un Enfermero Registrado con licencia (ER) o un Enfermero No Diplomado con Licencia, que sea médicamente necesaria para tratar o mejorar una condición médica identificada sobre una base temporal, limitada.

La preautorización de GBG Assist es obligatoria si se requieren más de 4 visitas. Estos servicios necesitan cumplir con criterios médicos y circunstanciales especificados para ser cubiertos. Se requiere de la revisión acuciosa del administrador del caso.

Se proporcionarán beneficios de salud en el hogar de acuerdo con lo siguiente:

- Enfermería a domicilio prestada por enfermeros especializados inmediatamente después de un tratamiento como paciente interno a recomendación de un médico;
- Por un máximo de 100 días;
- El beneficio es pagadero únicamente en el lugar donde se está llevando a cabo el tratamiento por un médico, excepcionalmente y por necesidad, en el hogar de la Persona Asegurada;
- Es pagadero únicamente cuando todos los cargos son razonables y necesarios y son exclusivamente para la ejecución de conocimientos de enfermería que sólo los enfermeros especializados son capaces de ejecutar.

La Aseguradora considera que los servicios de enfermería privada en el hogar son médicamente necesarios para los Asegurados según se establece a continuación:

1. Sujeto a los términos y limitaciones del plan de beneficios, la Aseguradora considera la asistencia de enfermería en el hogar como médicamente necesaria cuando es recomendada por el médico de cabecera y/o médico tratante del miembro y las *dos* condiciones siguientes se cumplen:
 - El miembro tiene necesidades especializadas; y
 - La ubicación del enfermero en el hogar es efectuada para satisfacer las necesidades especiales del miembro únicamente; no para conveniencia del cuidador familiar.
2. En la mayoría de los casos, no se consideran médicamente necesarias más de 12 horas diarias de asistencia de enfermería especializada. Sin embargo, se pueden considerar médicamente necesarias más de 12 horas diarias de asistencia de enfermería especializada en *cualquiera* de las siguientes circunstancias:
 - El miembro está siendo trasladado de un escenario con internamiento al hogar; o

- El miembro se vuelve agudamente enfermo y la asistencia de enfermería especializada adicional evitará una admisión hospitalaria; o
- El miembro cumple el criterio clínico para confinamiento en un Centro de Enfermería Especializada (CEE), pero una cama en un CEE no se encuentra disponible. En esta situación, se puede proporcionar asistencia de enfermería especializada adicional hasta que una cama en un CEE esté disponible.

La enfermería especializada en el hogar continua no es considerada médicamente necesaria para Asegurados que están en alimentación por bolo nasogástrico (NG) o tubo de gastrostomía (TG) y no tienen otras necesidades especiales. La asistencia de enfermería en el hogar puede ser considerada médicamente necesaria para estos Asegurados únicamente como transición de un escenario con internamiento al hogar.

Medicamentos de Prescripción

Los medicamentos de prescripción son medicamentos prescritos por un médico y que no están disponibles sin dicha prescripción. Ciertos tratamientos y medicamentos, tales como vitaminas, hierbas, aspirina y remedios para la gripe, medicinas experimentales o de investigación o suministros, aun cuando sean recomendados por un médico, no califican como medicamentos de prescripción.

Para obtener detalles vaya al Programa de Beneficios.

Suministros Médicos para Diabéticos

La Aseguradora proporciona beneficios por ciertos suministros para diabéticos, incluyendo Bombas de Insulina y suministros relacionados. Hay un máximo anual para estos beneficios (Ver el Programa de Beneficios).

Equipo Médico Durable

La Aseguradora proporciona beneficios para dispositivos prostéticos (dispositivos artificiales que reemplazan partes del cuerpo), aparatos ortopédicos y equipo médico durable (incluyendo sillas de ruedas y camas hospitalarias). El contrato pagará los Costos Razonables y Acostumbrados para los Dispositivos Artificiales y Prostéticos mencionados, siempre que dicho equipo médico durable sea:

1. Prescrito por un Médico, y
2. Convencionalmente y generalmente útil a una persona únicamente durante una enfermedad o lesión, y
3. Determinado por la Aseguradora como médicamente necesario y apropiado.

Los prostéticos pueden incluir, pero no se limitan a, soportes de pierna, brazo, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales. La cantidad pagadera se basa en el costo razonable del equipo, el cual cumple con las necesidades médicas básicas del Asegurado. Los prostéticos especiales de alto rendimiento para deportes o mejoramiento del rendimiento deportivo no están cubiertos por este beneficio.

La Aseguradora permitirá dos prostéticos de senos para pacientes de cáncer que se realicen una Mastectomía mientras estén cubiertas por esta Póliza. Los sujetadores serán un gasto cubierto.

El Costo Permitido de Compra del Equipo Médico Durable no deberá exceder los cargos por alquiler. Los beneficios son pagaderos de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente.

Los costos por reparaciones o reemplazo de dispositivos artificiales, prostéticos u otro Equipo Médico Durable obtenido originalmente bajo esta Póliza serán pagados al 50% del monto permitido razonable y acostumbrado.

El Equipo Médico Durable **no** incluye: sillas de rueda o camas guiadas con motor; más ruedas; artículos de comodidad como brazos de teléfono y mesas para cama; artículos utilizados para alterar la calidad del aire o temperatura tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire); suministros desechables; bicicletas de ejercicio, lámparas de sol o calor, almohadillas de calor, bidets, asientos de baño, asientos de bañera, baños sauna, elevadores, baños de hidromasaje, equipo de ejercicios; y artículos similares o el costo de instrucciones para el uso y cuidado de cualquiera de los dispositivos médicos durables. La adecuación de cualquier vehículo, instalación sanitaria o instalación residencial también se encuentran excluidas.

Servicios de Ambulancia de Emergencia / Evacuación Médica

Servicios de Ambulancia en Tierra de Emergencia

Los beneficios son proporcionados para el transporte de ambulancia en tierra para emergencias médicamente necesarias al Hospital más cercano capaz de proporcionar el nivel requerido de cuidado y son pagaderos de acuerdo con el Programa de Beneficios vigente. El uso de los servicios de ambulancia para la conveniencia del asegurado, que no sean médicamente necesarios, no será considerado como servicio cubierto.

Servicios de Ambulancia Aérea de Emergencia (Evacuación Médica)

El reembolso de Ambulancia Aérea de emergencia (evacuación médica) y la repatriación de restos mortales están cubiertos bajo esta Póliza y están descritos en el Programa de Beneficios vigente, incluyendo cualquier exclusión y requisito especificados en esta Póliza.

El costo de una persona que acompañe a una Persona asegurada se encuentra cubierto por esta Póliza.

Evacuación Médica

La utilización de la disposición de evacuación médica requiere la previa aprobación de GBG Assist. En caso de una emergencia que pueda requerir una evacuación médica, contacte a GBG Assist con anticipación para aprobar y arreglar dicho Transporte Aéreo Médico de Emergencia. GBG Assist, en nombre de la Aseguradora, se reserva el derecho a decidir el centro médico hacia el que la Persona Asegurada será transportada. La información de contacto de GBG Assist se encuentra en el reverso de la Tarjeta de Identificación del Asegurado.

“Emergencia Médica”, definida como el apareamiento repentino e inesperado de una condición que requiera asistencia médica o quirúrgica que la Persona Asegurada necesita después del apareamiento de dicha condición (o tan pronto como la asistencia pueda hacerse disponible, pero en ningún caso después de 24 horas posteriores al apareamiento) y en la ausencia de la cual se espera que un Asegurado sufra lesiones corporales severas de por vida o la muerte prematura.

Se requiere que el Asegurado contacte al Departamento de Preautorización de GBG Assist antes de que una Persona Asegurada incurra en costos de evacuación y asistencia por un transporte. Si el Asegurado no sigue estas condiciones será responsable de la totalidad de los costos del transporte. La información de contacto de GBG Assist de la Aseguradora aparece al reverso de la Tarjeta de Identificación del Asegurado.

Dental de Emergencia

- Tratamiento y restauración dental de emergencia de dientes naturales sanos; requeridos como resultado de un accidente
- Los beneficios son limitados, por favor remitirse a su Programa de Beneficios
- Tratamiento dental rutinario no cubierto a menos que haya sido comprado como cobertura adicional
- Ver definiciones.

Remitirse al Programa de Beneficios para obtener detalles.

Repatriación de Restos Mortales

Las autorizaciones necesarias para para el retorno de los restos mortales de una Persona Asegurada por transporte aéreo a su país de origen serán coordinadas por el departamento GBG Assist de la Aseguradora.

Un beneficio, ya sea para la repatriación de restos mortales o el entierro local, está incluido bajo esta póliza. Este beneficio excluye cargos por la devolución de artículos personales, servicios religiosos o seculares, clérigos, flores, música, esquelas, gastos de invitados y preferencias personales para entierro similares.

Remitirse al Programa de Beneficios para obtener detalles.

Exámenes / Chequeos en Niños y Adultos

Exámenes/Chequeos en Niños – Remitirse al Programa de Beneficios para máximo de visitas. Incluyendo Exámenes Médicos Rutinarios para Niños Sanos y Servicios de Cuidado Infantil Preventivo, Historial de Salud, Medición de Desarrollo, Exámenes Físicos, Exámenes de Diagnóstico Relacionados con la Edad.

Inmunizaciones de Niños

- Difteria, Hepatitis B, Sarampión, Paperas, Tosferina, Polio, Rubeola, Tétano, Varicela, Haemophilus influenzae tipo B, Hepatitis.
- Otras Inmunizaciones Pediátricas médicamente necesarias pueden ser aprobadas a discreción de la Aseguradora.

Exámenes en Adultos y Cuidado Preventivo – Remitirse al Programa de Beneficios para Máximos de la Póliza.

Evaluaciones de Mujer Adulta

Estos exámenes están incluidos como parte de la cobertura de salud y están sujetos a los beneficios de salud generales y al deducible:

- Mamografía de rutina
 - Edades 35-39: Un examen de referencia
 - Edades 40-49: Un examen cada uno o dos años
 - Edad 50 y mayores: Un examen anual
 - Cualquier edad: Cuando sea necesario
- Papanicolaou (PAP) Evaluacion una vez al año
- Evaluaciones recomendadas por un médico debido a historial familiar médico
- Otros exámenes y tratamientos de rutina

Evaluaciones de Hombre Adulto

Estos exámenes están incluidos como parte de la cobertura de salud y están sujetos a los beneficios de salud generales y al deducible:

- Evaluación Antígeno Prostático Específico (PSA)
 - Hasta la edad de 49: No hay beneficio por examen de rutina PSA
 - Edades 50 y mayores: Un examen por año calendario
- Evaluaciones recomendadas por un médico debido a historial familiar médico
- Otros exámenes y tratamientos de rutina

Guerra y Terrorismo

Esta Póliza cubre lesión corporal causada directa o indirectamente por ciertos actos de Guerra y Terrorismo. Por favor remitirse al Programa para limitaciones máximas de beneficios.

- Máximo por persona por evento
- Máximo por Grupo por evento

Este beneficio está sujeto a todas las exclusiones, limitaciones y condiciones de la Póliza, incluyendo cualquier deducible y copago aplicables. A pesar de cualquier disposición en contrario dentro de esta Póliza, o cualquier Anexo adjunto a la misma, se acuerda que la cobertura bajo esta Póliza se extiende para incluir lesión corporal directa o indirectamente causada por, como resultado de, o en relación con cualquiera de los siguientes:

1. Guerra, hostilidades y operaciones bélicas (ya sea que la guerra haya sido declarada o no),
2. Invasión,
3. Acto de un extranjero enemigo de nacionalidad distinta a la nacionalidad de la Persona Asegurada o del país en que, o sobre el cual, el acto ocurre,
4. Guerra civil,
5. Disturbios,
6. Rebelión,
7. Insurrección,
8. Revolución,
9. Derrocamiento del gobierno legalmente constituido,
10. Conmoción civil que asuma las proporciones de, o tenga la importancia de un alzamiento,
11. Poder usurpado o militar,
12. Explosiones de armas de guerra,
13. Asesinato o Asalto posteriormente probado, más allá de toda duda razonable, que fue el acto de agentes de un estado extranjero a la nacionalidad de la persona asegurada, ya sea que la guerra haya sido declarada con ese Estado o no,
14. Actividad terrorista.

Exclusiones de Guerra y Terrorismo

Los beneficios no estarán disponibles en los siguientes casos:

- Cuando la Persona Asegurada participe activamente en uno o todos, los asuntos descritos arriba;
- Cuando las circunstancias de los asuntos (1) al (14) según se describen arriba son el resultado de la utilización de armas de destrucción masiva Nucleares, Químicas o Biológicas como quiera que éstas puedan distribuirse o combinarse;
- Exclusión de Guerra Limitada: A pesar de cualquier cosa en contrario aquí establecida, esta Póliza no cubre pérdida como consecuencia de:
 - Guerra, declarada o no, entre cualquiera de los siguientes países, particularmente, China, Francia, el Reino Unido, la Federación Rusa y los Estados Unidos de América, o
 - Guerra en Europa, declarada o no (distinta a una guerra civil y cualquier acción de cumplimiento ejecutada por o en nombre de las Naciones Unidas), en la que cualquiera de los países mencionados o sus fuerzas armadas estén involucrados.

Exclusiones y Limitaciones

Todos los servicios y beneficios descritos a continuación se encuentran excluidos de la cobertura o limitados bajo su póliza de Seguro.

1. Cargos en exceso de los gastos permitidos Usuales, Razonables y Acostumbrados por cualquier procedimiento cubierto.
2. Servicios que requieren preautorización pero que son prestados o recibidos previo al aviso y aprobación de GBG Assist.
3. Servicios obtenidos en un Área Restringida pueden estar excluidos. Ver la Portada de la Póliza y la Tarjeta de Identificación para confirmar si su póliza tiene limitantes geográficas y para información adicional detallada sobre cómo acceder a los beneficios.
4. Cargos y Servicios cuando los reclamos no sean recibidos dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que se prestó el servicio.
5. Reclamos y costos por tratamiento médico que ocurre antes de la fecha efectiva de cobertura (incluyendo los periodos de espera) o después de la fecha de caducidad de la póliza. Los reclamos y costos por servicios médicos con fechas de servicio posteriores a la fecha de terminación de la póliza que estén relacionados con accidentes, enfermedad o maternidad originados durante el año póliza, a menos que la póliza haya sido

renovada. Esto incluye la inclusión de cualquier porción de una prescripción cubierta que se vaya a utilizar después de la fecha de caducidad del año póliza actual.

6. Cualquier enfermedad o lesión no causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se manifieste por primera vez dentro de los 60 días a partir de la fecha efectiva de la Póliza.
7. Servicios, suministros o tratamiento, incluyendo medicamentos y/o servicios de emergencia, que son proporcionados por o por los que el pago está disponible de:
 - a. Ley de compensación de trabajadores, ley de enfermedad ocupacional o leyes similares concernientes a las condiciones relacionadas al trabajo de cualquier país,
 - b. La Persona Asegurada, un miembro de su familia o cualquier empresa propiedad, parcial o completa, de las personas antes mencionadas,
 - c. Otra compañía de seguros o gobierno,
 - d. Bajo la dirección de autoridades públicas relacionadas con epidemias
8. Servicios, suministros o tratamiento, incluyendo medicamentos, que se consideren experimentales o de investigación.
9. Cualquier servicio, suministro, tratamientos incluyendo medicamentos y/o servicios aéreos de emergencia
 - a. No ordenados por un Médico,
 - b. No médicamente necesarios, no recomendados o aprobados por un médico,
 - c. No prestados bajo el alcance de la licencia del Médico, o
 - d. Servicios médicos y dentales que no cumplen los estándares profesionalmente reconocidos o que la Aseguradora determine como innecesarios para el tratamiento adecuado.
10. Consultas telefónicas, citas perdidas o gastos "fuera de horario".
11. Artículos de comodidad y conveniencia personal incluyendo, pero sin limitarse a, televisión, cuartos privados, servicios de limpieza doméstica, comida y acomodaciones para invitados, dietas especiales, cargos telefónicos, suministros para llevar, servicios de ambulancia (distintos a los proporcionados por esta Póliza), y todos los demás servicios y suministros que no son médicamente necesarios incluyendo gastos relacionados con viajes y costos de hotel incurridos por asistencia médica o dental.
12. Cheques de salud, inoculaciones, visitas y exámenes necesarios para fines administrativos (p. ej. determinación de asegurabilidad, empleo, exámenes relacionados con estudios o deporte, viajes, etc.). Distintos a los establecidos en el beneficio de cuidado preventivo opcional.
13. Inmunizaciones, distintos a las establecidas bajo la cobertura de niño sano o en el beneficio de Cuidado Preventivo opcional.
14. Medicamentos de venta libre, suministros o dispositivos médicos que no requieren prescripción Médica, aunque hayan sido recomendados por un Médico incluyendo, pero limitarse a; medicamentos para dejar de fumar, supresores del apetito, productos o medicamentos para regeneración capilar, medicinas contra el envejecimiento, auxiliares cosméticos y de belleza, medicamentos para acné y rosácea (incluyendo hormonas y retin A) para fines cosméticos; Mega vitaminas, vitaminas (distintas a las prenatales según se describe bajo Maternidad), dispositivos para mejorar la actividad sexual, suplementos, hierbas o medicamentos, por cualquier motivo.
15. Servicios y suministros relacionados con la terapia visual, procedimientos de queratotomía radial, LASIK, o cirugía del ojo para corregir error o deficiencia refractiva, incluyendo miopía y presbicia.
16. Curas de reposo, cuidados de custodia, cuidados hogareños, ayuda con actividades de la vida diaria (AVD), terapia del medio ambiente para descanso y/u observación; hayan sido o no prescritas por un Médico. Cualquier admisión en un asilo, residencia de ancianos, centro de rehabilitación o asistencia de largo plazo, sanatorio, spa, hidroclínica o centro similar que no cumpla con la definición de Hospital contenida en la Póliza. Cualquier admisión, arreglada total o parcialmente por razones domésticas, cuando el hospital efectivamente se convierte o podría ser tratado como el hogar o alojamiento permanente del Asegurado.
17. Cirugía electiva y/o cosmética, procedimientos, tratamientos, tecnologías, medicamentos, dispositivos, artículos y suministros que no son tratamiento médicamente necesario para una lesión accidental o enfermedad o padecimiento cubiertos, y que únicamente se proporcionarán para mejorar, alterar, incrementar o manipular genéticamente la calidad de una condición existente incluyendo, pero sin limitarse a, cabello, piel, ojos, visión, dientes, oído, tamaño físico, envejecimiento, capacidades atléticas o sexuales u otros atributos mentales o físicos que no caigan dentro de estas categorías. La cirugía cosmética se define como cirugía o terapia realizada para mejorar o alterar la apariencia para la autoestima o para tratar sintomatología psicológica o dolencias psicosociales relacionadas con la apariencia personal.
18. Servicios o suministros para tratamiento estético y cirugía cosmética, a menos que sean requeridos por una lesión no ocupacional que ocurra mientras se está cubierto por la Póliza, independientemente de indicación clínica de cirugía para gigantomastia o ginecomastia; abdominoplastia/paniclectomía; rinoplastia; blefaroplastia; cirugía de exceso de piel; remoción de acrocordones; acupresión; terapia craneosacral/craneal; terapia de baile; terapia de movimiento; quinesioterapia aplicada; terapia rolf; proloterapia; y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas.
19. Tratamiento cosmético, sea o no con fines psicológicos, incluyendo pero sin limitarse a tratamiento dental; tratamiento para vitiligo, tratamiento o cirugía para venas varicosas superficiales, venas de araña o cicatrices no queloides; remoción de tatuajes u otra decoloración de piel; tratamientos para la caída del cabello incluyendo pero sin limitarse a trasplante de pelo para alopecia masculina o cualquier alopecia, trasplantes de cabello para corregir la pérdida permanente de cabello que ha sido claramente causada por enfermedad o lesión, para calvicie masculina o afinamiento relacionado con la edad en mujeres, la remoción temporal de cabello con láser, electrólisis, cera, o cualquier otro medio; cargos o tratamiento para reducción o aumento de senos; tratamiento para acné o rosácea no pustulosa o no quística, superficial; tratamiento o remoción de lesiones benignas de piel que no demuestren evidencia de actividad celular sospechosa o cambios recientes en tamaño, forma y color.
20. Cualquier complicación médica que surja directa o indirectamente como resultado de un procedimiento electivo o cosmético no autorizado.
21. Estudios del sueño y otros tratamientos que se relacionan con la apnea del sueño, excepto según se describe bajo la sección Estudios o Exámenes del Sueño, y según sea preautorizado por GBG Assist.
22. Tratamientos para dejar de fumar ya sea que los recomiende o no un Médico.
23. Reducción de peso y los costos de todos los tratamientos, suplementos, servicios o medicamentos para la reducción de peso o programas de reducción de peso. Dietas rápidas médicas, programas de pérdida de peso y consejería sobre educación en dietas relacionada con esfuerzos para la pérdida de peso.

24. Servicios y gastos asociados de asistencia de salud relacionados con o asociados con el tratamiento de la obesidad mórbida o no mórbida, incluyendo pero sin limitarse a *bypass* gástrico, balón gástrico, engrapado gástrico, *bypass* yeyuno-ileal y cualquier otro procedimiento o complicación que surja de los mismos.
25. Trasplante de órganos y procedimientos relacionados, excepto según se especifica en la sección de Servicios de Trasplante en esta Póliza, incluyendo pero sin limitarse a:
 - a. El gasto de búsqueda de donante está excluido,
 - b. Los servicios de apoyo no están cubiertos automáticamente y deberán ser aprobados y manejados por GBG Assist,
 - c. Todos los gastos de criopreservación y la implantación de células vivas en una persona fallecida o en conjunto con tratamientos de infertilidad o reproductivos,
 - d. Trasplantes médicamente necesarios de órgano, sangre o células pueden ser cubiertos, en una de base caso por caso, cuando sean preautorizados y manejados por GBG Assist.
26. Cualquier servicio de fertilidad/infertilidad, exámenes, tratamientos y/o procedimientos de cualquier tipo, incluyendo pero sin limitarse a medicamentos de fertilidad/infertilidad, incluyendo medicamentos para regular el ciclo/ovulación menstrual para fines de planificación familiar, inseminación artificial, fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos (TIG), transferencia intrafalopiana del cigoto, madre sustituta y todos los demás procedimientos y servicios relacionados con la fertilidad e infertilidad. Cualquier embarazo que resulte de dichos tratamientos, complicaciones de dicho embarazo, parto y cuidado posparto también están excluidos.
27. Asistencia, chequeos, exámenes o tratamiento genético.
28. Abortos electivos y sus complicaciones, excepto en caso de emergencias.
29. Tratamientos reproductivos incluyendo, pero sin limitarse a, planificación familiar masculina y femenina, vasectomías y esterilización y cualquier gasto por inversión de esterilización femenina o masculina. Tratamientos para el cambio de sexo o implante o tratamiento para transformación sexual, disfunciones o inadaptabilidad sexual.
30. La "Viagra" u otros medicamentos para mejorar el desempeño sexual y sus respectivos equivalentes genéricos no serán cubiertos para ningún fin.
31. Embarazo y condiciones relacionadas de una hija dependiente de 18 años o mayor.
32. Clases de Preparación para la Maternidad/Parto; Cesáreas Electivas (ver la sección de Definiciones de esta Póliza).
33. Circuncisiones, a menos que sean médicamente necesarias y preautorizadas por GBG Assist.
34. Tratamiento para alcoholismo, abuso de solventes, abuso de drogas o condiciones adictivas de cualquier tipo, y tratamiento de cualquier enfermedad que surja directa o indirectamente del abuso o adicción al alcohol y las drogas. Esto incluye, pero no se limita a, tratamiento por una lesión causada por, en la que ha contribuido o que resulte del uso por el Asegurado de alcohol, drogas ilegales o cualquier medicamento o medicina que no se ha tomado en las dosis indicadas o para el propósito prescrito por el Doctor del Asegurado.
35. Tratamiento para condiciones que sean el resultado de enfermedades o lesiones autoprovocadas, suicidio o intento de suicidio, mientras se está sano mentalmente o demente, o los servicios aéreos de emergencia para el mismo.
36. Lesiones y/o enfermedades que sean el resultado o surjan de o que ocurran durante el cometimiento o perpetración de una violación a la ley efectuada por una Persona Asegurada.
37. Anteojos; lentes de contacto; lentes de sol a menos que se haya comprado la Cobertura Visual Opcional y estén incluidos como un beneficio cubierto.
38. El cuidado dental se limita a la lesión accidental en dientes sanos, naturales sufrida mientras se está cubierto por este plan, a menos que se haya comprado la cobertura Opción Dental. Las lesiones accidentales no incluyen el daño a los dientes incurrido al masticar comida u objetos extraños. Los servicios dentales en un hospital, incluyendo anestesia general, no están cubiertos por el plan médico.
39. Tratamiento para los Trastornos de Maloclusión de la Articulación Temporomandibular (TMJD).
40. Prótesis y dispositivos correctivos que no sean médicamente requeridos de manera intraoperativa o aparatos equivalentes; excepto prótesis o equipo médico durable usado como parte integral del tratamiento prescrito por el médico, que encaja en las categorías cubiertas de equipo médico durable o prótesis y aprobado con anticipación por GBG Assist.
41. El Equipo Médico Durable no incluye: sillas de rueda o camas guiadas con motor; ruedas adicionales; artículos de comodidad como brazos de teléfono y mesas para cama; artículos utilizados para alterar la calidad del aire o temperatura tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire); suministros desechables; bicicletas de ejercicio, lámparas de sol o calor, almohadillas de calor, bidets, asientos de baño, asientos de bañera, baños sauna, elevadores, baños de hidromasaje, equipo de ejercicios; y artículos similares o el costo de instrucciones para el uso y cuidado de cualquiera de los dispositivos médicos durables. La adecuación de cualquier vehículo, instalación sanitaria, o instalación residencial también se encuentra excluida.
42. Podiatría rutinaria u otro tratamiento de pies que no sea el resultado de enfermedad o lesión. Los zapatos ortopédicos u otros dispositivos de apoyo para los pies, tales como, pero sin limitarse a, soportes de arco o dispositivos ortopédicos o cualquier otro servicio o suministro preventivo; cualquier dispositivo que resulte del diagnóstico de pie débil, tenso, inestable o plano o arcos caídos; o cualquier tarsalgia, metatarsalgia; o lesiones especificadas de los pies, tales como tubérculo corneo de piel, callosidades e hiperqueratosis, uñas de los pies o juanetes.
43. Hormonas de Crecimiento, a menos que sean médicamente necesarias y preautorizadas por GBG Assist.
44. Servicios de asistencia de salud asociados con condiciones que son resultado de un viaje, después haber recibido el consejo de no viajar por razones de salud de parte de cualquier proveedor de asistencia de salud.
45. Auxiliares del Oído, Dispositivos para Escuchar, Aparatos Auditivos Anclados al Hueso.
46. Riesgos Excepcionales
 - a. Tratamiento como consecuencia de lesión sufrida mientras se participa en o se entrena para un deporte profesional;
 - b. Tratamiento como consecuencia de lesión sostenida mientras se participa en, o se entrena para, o como consecuencia de: guerra (declarada o no), actos de terrorismo (ver Póliza para obtener definición), actos de hostilidades de enemigos extranjeros; guerra civil, rebelión, revolución o insurrección; excepto según pueda estar establecido bajo el Beneficio de Guerra y Terrorismo;
 - c. Contaminación química;
 - d. Contaminación por radioactividad de cualquier material nuclear o por la combustión de combustible nuclear;

- e. Tratamiento por cualquier pérdida o gasto de naturaleza que se origine directa o indirectamente de, a la que se haya contribuido por, causado por, que resulte de, o en relación con la autoexposición a peligro o lesión corporal, excepto en un esfuerzo por salvar vidas humanas.
47. El tratamiento o corrección de condiciones congénitas en hijos naturales o adoptivos están excluidos si el hijo no estuvo cubierto bajo este plan continuamente desde el momento del nacimiento.
48. El tratamiento de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el Virus del VIH, si se tratan como condición preexistente.

Cómo Presentar un Reclamo

Los Formularios de reclamo se pueden descargar de www.gbg.com. Los ICS también pueden enviar Formularios de Reclamo por fax o correo electrónico, a petición. Los Servicios de Reclamos Internacionales (ICS) deben **recibir** formularios completos dentro de los **180 días** posteriores al tratamiento para que sean elegibles para reembolso de gastos cubiertos.

El formulario de reclamo es para ser usado únicamente cuando un proveedor no pasa la factura directamente a la Compañía y cuando usted tenga gastos en efectivo que presentar para reembolso. Todos los formularios de reclamo deben tener las facturas y los recibos detallados adjuntados y deberán incluir la siguiente información: nombre del paciente, número impreso de la factura; nombre y entidad del practicante médico o institución; descripción de los servicios prestados. Las prescripciones deben acompañar todas las facturas de farmacia.

Enviar el Formulario de Reclamo y documentación a:

SERVICIOS DE RECLAMOS INTERNACIONALES (ICS)

26000 Towne Centre Drive, Suite 130
Foothill Ranch, CA 92610 USA

Presentación de reclamos por Fax, Escáner o En Línea

- Reclamos por fax al: +1.949.271.2330
- Reclamos escaneados a: claims@gbg.com
- Conéctese a través de www.gbg.com

Estado de los Reclamos

Los Asegurados que deseen solicitar el estado de un reclamo o que tengan una pregunta sobre un reembolso recibido, por favor presenten el formulario de solicitud de estado a través de nuestro sitio web en www.gbg.com o envíennos un correo electrónico a servicio al cliente a claims@gbg.com. Las consultas concernientes al estado de reclamos pasados deben ser recibidas dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de servicio para ser consideradas para revisión.

Apelación de Reclamos

Servicios de Reclamos Internacionales (ICS)

Con atención a: Departamento de Apelaciones
26000 Towne Centre Drive, Suite 130
Foothill Ranch, CA 92610 USA

Las apelaciones deben ser presentadas dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su reclamo procesado. Luego de la apelación, el miembro pagará por cualquier cargo asociado con la solicitud de registros médicos. El comité de apelaciones de los ICS revisará su información y dará respuesta dentro de los 45 días hábiles posteriores a la recepción.

GBG Assist

GBG Assist debe ser contactado para los siguientes servicios:

- Preautorización
- Servicios de Emergencia / Evacuación Médica
- Ubicación de proveedores preferidos
- Manejo de casos

La Compañía ha seleccionado a GBG Assist para proveer estos servicios. Todos los Asegurados deben recibir aprobación de GBG Assist previo a recibir cierto tratamiento. (*Ver también la Sección de Preautorización.*) A través de este proceso, GBG Assist:

- Verificará la cobertura de los Asegurados.
- Determinará si los servicios o suministros se encuentran cubiertos.
- Se asegurará de que el tratamiento sea médicamente necesario.
- Minimizará los costos en efectivo al miembro.

La Compañía se reserva el derecho a referir ciertos reclamos grandes a GBG Assist, que será entonces responsable del establecimiento y monitoreo del alcance y naturaleza del servicio proporcionado. Cuando la Compañía elija referir un reclamo a GBG Assist, para que el tratamiento continúe siendo elegible para reembolso bajo la póliza, se requerirá que el miembro siga los procedimientos indicados por GBG Assist.

GBG Assist le guiará hacia centros apropiados y evaluará la necesidad médica del tratamiento recomendado. La intención de este proceso no es sustituir la opinión médica de su doctor, pues la decisión final del tratamiento es del paciente. Independientemente de las decisiones tomadas por el paciente, la cobertura bajo esta póliza se encuentra sujeta a todas las limitaciones y exclusiones mencionadas así como a una consideración de la necesidad médica del tratamiento propuesto y del manejo efectivo de los costos de la asistencia de salud. El tratamiento es aprobado y monitoreado por GBG Assist, que será el único determinante de la naturaleza y alcance del tratamiento.

GBG ASSIST (24 horas)

- Dentro de Estados Unidos/Canadá sin costo de conexión: +1.866.914.5333
- A Nivel Mundial Por Cobrar: +1.905.669.4920
- Correo Electrónico: GBGAssist@gbg.com

Definiciones

Ciertas palabras y frases usadas en esta Póliza están definidas a continuación. Otras palabras y frases pueden estar definidas donde son utilizadas.

Accidente – Cualquier evento repentino e imprevisto que ocurre durante el período del año póliza, que tenga como resultado lesión corporal, siendo la causa o una de las causas del mismo externa al propio cuerpo de la víctima y que ocurre fuera de su control.

Servicio Activo/Activamente en el trabajo – Un individuo será considerado en servicio activo en cualquier día si se encuentra, en ese momento, realizando de la manera acostumbrada todas las funciones normales de su trabajo tal como se realizaron o como fue capaz de realizarlas durante el último día laboral programado regularmente.

Actividades de la Vida Diaria (AVD) – Las actividades de la vida diaria son aquellas actividades asociadas normalmente con lo básico del día a día del cuidado personal, incluyendo pero sin limitarse a: caminar, higiene personal, dormir, servicio/continencia, vestirse, cocinar/comer, medicación y traslado (acostarse y levantarse de la cama).

Acupuntura – Tratamiento de una condición médica, cubierta bajo los términos de esta póliza, por agujas o láser proporcionado por u ordenado por un médico con licencia según se define en esta póliza.

Asistencia Aguda – Asistencia médicamente necesaria, de corto plazo para una enfermedad o lesión caracterizada por un apareamiento repentino, síntomas severos y corta duración, incluyendo cualquier síntoma intenso, tal como el dolor severo.

Admisión – el periodo desde el momento en que una Persona Asegurada entra a un Hospital, Centro de Asistencia Extendida u otro centro de cuidados de salud aprobado como paciente interno hasta que se le da el alta.

Ambulancia Aérea – una aeronave especialmente equipada con el personal médico, suministros y equipo hospitalario necesarios para tratar enfermedades o lesiones que amenacen la vida de personas cuyas condiciones no puedan ser tratadas localmente y deban ser transportadas por aire al centro médico más cercano que pueda, adecuadamente, tratar sus condiciones. Este servicio requiere preautorización. Un avión comercial de pasajeros no califica como ambulancia aérea.

Gasto Permitido – el cargo o precio que la Aseguradora determina como Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado por servicios de salud proporcionados a Personas Aseguradas que están cubiertas bajo la Póliza. La Persona Asegurada es responsable del pago de cualquier saldo sobre el Gasto Permitido (excepto en los Estados Unidos cuando un Proveedor Preferido ha prestado cobertura, entonces no habrá saldo pendiente). Todos los servicios deben ser médicamente necesarios. Una vez que un gasto permitido se encuentra establecido, el deducible, copagos y cualquier gasto en exceso deben ser pagados por el Asegurado.

Centro de Cirugía Ambulatoria – un centro que: (a) tiene como finalidad principal proporcionar asistencia quirúrgica electiva; y (b) admite y da de alta al paciente durante el mismo día laboral; y (c) no es parte de un Hospital. Un “Centro de Cirugía Ambulatoria” no incluye: (1) cualquier centro cuya finalidad principal es la terminación del embarazo; (2) una oficina mantenida por un Médico para la práctica de la medicina; o (3) una oficina mantenida por un Dentista para la práctica de la odontología.

Trastorno por Déficit de Atención (TDA o ADD en inglés) – El Trastorno por Déficit de Atención es una condición biológica que causa un patrón persistente de dificultades resultando en uno o más de los siguientes comportamientos: falta de atención; hiperactividad; impulsividad.

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH o ADHD en inglés) - es un problema que conlleva falta de atención, sobreactividad, impulsividad o una combinación de las anteriores. Para que estos problemas sean diagnosticados como TDAH deben estar fuera del rango normal de la edad y desarrollo del niño.

Consejería por Duelo – Consejería para la familia de un miembro que es un paciente terminal o que ha fallecido proporcionada por un psiquiatra, psicólogo o pastor. Los beneficios de consejería por duelo son elegibles para cobertura únicamente bajo el beneficio de Salud Mental sin Hospitalización de esta Póliza.

Centro de Nacimientos – un centro que: a) es principalmente un lugar para el nacimiento de un niño o niños al término de un embarazo normal; b) y cumple con uno o ambos de los siguientes controles: (1) tiene licencia de Centro de Nacimientos bajo las leyes de la jurisdicción de su ubicación; y/o (2) cumple con todos los siguientes requisitos: (i) es operado de acuerdo con las leyes de la jurisdicción de su ubicación; (ii) está equipado para realizar todos los exámenes rutinarios de diagnóstico y de laboratorio necesarios; (iii) tiene personal entrenado y equipo requerido para tratar adecuadamente emergencias potenciales de la madre y del bebé; (iv) es operado bajo la supervisión a tiempo completo de un Médico o Enfermero Registrado (E.R.); (v) tiene, en todo momento, un acuerdo por escrito con por lo menos un Hospital en el área para admisión inmediata de un paciente en caso de complicación; (vi) mantiene registros médicos para cada paciente; (vii) y se espera que dé el alta o traslade a todo paciente dentro de las 48 horas posteriores al parto.

Enfermedad Catastrófica – Para los fines de esta póliza, una enfermedad catastrófica se define como las siguientes condiciones:

- **Cáncer:** La presencia del crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas e invasión de tejido. Debe aportarse evidencia irrefutable de dicha invasión de tejido o histología definitiva de un crecimiento maligno. El término “Cáncer” también incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin. Los carcinomas no invasivos in situ, tumores no invasivos localizados que muestren únicamente cambios malignos tempranos, tumores en la presencia de cualquier virus humano de inmunodeficiencia y todos los cánceres de piel, excepto melanomas malignos, se encuentran excluidos de la definición de Enfermedad Catastrófica.
- **Falla y/o Trasplante de Órgano Principal:** El proceso, como receptor, de un trasplante de cualquier órgano principal y el tratamiento médico precedente y posterior al trasplante aprobado.
- **Ataque al Corazón:** La muerte de una porción del músculo del corazón como resultado de una interrupción abrupta del suministro adecuado de sangre en dicha área. El diagnóstico estará basado en todos los criterios siguientes: un historial de dolor de pecho típico, nuevos cambios electrocardiográficos y una elevación en los niveles de enzimas cardíacas.

Enfermedades de las Arterias Coronarias y Enfermedad Vascul Periférica. La Enfermedad de las Arterias Coronarias se define como una enfermedad de las arterias que suministran sangre al músculo del corazón, causando daño o disfunción al corazón. La Enfermedad Vascul Periférica se define como un estrechamiento de los vasos sanguíneos en las piernas y, a veces, en los brazos que restringe el flujo sanguíneo y causa dolor y otras complicaciones médicas en el área afectada.

Condición Crónica – Una lesión, enfermedad o condición, que no requiere hospitalización, que se espera pueda ser de larga duración sin una fecha de terminación predecible razonablemente, y que puede estar marcada por recurrencias requiriendo asistencia continua o periódica según sea necesario.

Copago - es una cantidad determinada, ya sea un porcentaje o una cantidad fija en dólares, que puede ser aplicada por visita al consultorio cada vez que un servicio médico, incluyendo consultas y seguimientos, sea recibido. Servicios auxiliares tales como servicios de Laboratorio y Radiología (p.ej. exámenes de sangre, rayos X) que pueden estar en conjunto con una visita al consultorio no requieren de un copago. Los copagos también son aplicables a algunos beneficios de farmacia y otros servicios cubiertos. Los copagos no aplican a su Deducible.

Complicaciones del Embarazo – (a) cuando un embarazo no ha terminado, condiciones que requieren Confinamiento en un Hospital, cuyos diagnósticos son distintos al embarazo pero son adversamente afectados por o son causados por el embarazo, tales como: (1) nefritis aguda; (2) nefrosis; (3) descompensación cardíaca; (4) aborto retenido; y (b) cuando el embarazo ha terminado; (1) cesárea no electiva (medicamento necesaria) (ver Definiciones); (2) Embarazo ectópico terminado; o (3) Terminación espontánea del embarazo que ocurre durante un período de gestación en el que un nacimiento viable no es posible. Las Complicaciones del Embarazo no incluirán parto falso; manchado ocasional; descanso prescrito por un Médico durante el período del embarazo; náuseas del embarazo; hiperémesis gravídica; y condiciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituyen una Complicación del Embarazo nosológicamente distinta.

Confinamiento – una estadía con internamiento en un centro de asistencia extendida aprobado para tratamiento o rehabilitación especializados necesarios de acuerdo con el contrato.

Condición Congénita – una condición hereditaria, defecto de nacimiento, anomalía física y/o cualquier otra desviación del desarrollo normal presente al momento del nacimiento, que puede o no ser aparente en dicho momento. Estas desviaciones, ya sean físicas o mentales, incluyen pero no se limitan a, factores genéticos y no genéticos o errores innatos del metabolismo.

Gastos Cubiertos – los cargos Razonables y Acostumbrados incurridos por una Persona Asegurada, mientras se encuentra cubierta por esta Póliza, por servicios, tratamientos o suministros médicamente necesarios descritos en las disposiciones del título Gastos Médicos Cubiertos y, si aplica, Gastos Dentales Cubiertos y/o Gastos Visuales Cubiertos.

Cobertura Acreditable – La cobertura acreditable se refiere al tiempo que un aplicante de seguro ha pasado cubierto bajo un plan de seguro de salud directamente previo al comienzo de esta Póliza. La cobertura acreditable no es aplicable a esta póliza internacional.

Condición Crítica – Una enfermedad o condición inmediata que amenaza la vida o que es peligrosa, debida a un accidente o a causas naturales, que requiere tratamiento especializado urgente sin demora.

Servicios de Custodia incluyen: (1) el suministro de comida y alojamiento, cuidados de enfermería u otros cuidados similares que son proporcionados a un individuo mental o físicamente incapacitado y quien, según ha determinado el Médico que atiende al individuo, ha alcanzado el máximo nivel de recuperación; y (2) en el caso de una persona interna, el suministro de comida y alojamiento, cuidados de enfermería u otros cuidados similares que son proporcionados a un individuo de quien no se espera razonablemente que un tratamiento médico o quirúrgico le permita vivir afuera de una institución; y

(3) curas de reposo, asistencia de alivio y cuidado en el hogar proporcionado por Asegurados familiares. Al momento de recepción y revisión de un reclamo, la Aseguradora o una revisión médica independiente determinarán si un servicio o tratamiento constituye Servicios de Custodia. Deducible, ya sea que el Deducible Anual Individual, el Deducible Anual Familiar, el Deducible Anual Dental o cualquier otro deducible según se establece en el Programa de Beneficios, significa el monto de Gastos Permitidos cubiertos pagadero por el Asegurado durante cada año póliza antes de que los beneficios de la Póliza sean aplicados. Dicho monto no será reembolsado en virtud de la Póliza.

Dependiente – un miembro de la familia del Asegurado que está enrolado bajo la póliza con la Compañía después haber cumplido con toda la elegibilidad y requerimientos y por quien la Compañía ha recibido primas (Ver Sección de Elegibilidad y Condiciones de Cobertura).

Equipo Médico Durable – aparatos ortopédicos, dispositivos artificiales que reemplazan partes del cuerpo y otro equipo normalmente y generalmente útil para una persona únicamente durante una enfermedad o lesión y determinado por la Aseguradora como médicamente necesario. Ver la Sección EMD para más detalles y servicios que no están considerados como beneficios elegibles de EMD.

Cesárea Electiva (no médicamente necesaria) – una cesárea rutinaria o no médicamente necesaria que es realizada en ausencia de riesgo para la vida de la madre o del bebé durante un parto vaginal y es solo por conveniencia de la Persona Asegurada, su Médico u otro proveedor médico. Las razones comunes para una Cesárea Electiva incluyen pero no se limitan a: estrés sobre la espera del parto, deseo parental de controlar la fecha y hora en que un hijo nace, el deseo de una madre de preservar sus funciones corporales (p.ej. sexuales, continencia), obesidad, expectativa de que deberá tener una Cesárea de emergencia, miedo de ruptura, agenda vacacional del médico o de los padres etc. Se recomienda preautorización.

Elegibilidad – los requisitos que un Asegurado, incluyendo a la Persona Asegurada principal y/o sus dependientes, debe cumplir en todo momento para estar cubierto bajo este Contrato. (Ver Sección Elegibilidad y Condiciones de Cobertura.)

Tratamiento Dental de Emergencia – El tratamiento dental de emergencia constituye tratamiento urgente necesario para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos dañados como resultado de un accidente. Los dientes sanos no incluyen dientes con coronas, rellenos y fisuras previas. El daño causado a dientes por masticar comida no califica para cobertura dental de emergencia.

Transporte Médico de Emergencia – En caso de una emergencia que Amenaza la Vida, cuando no exista tratamiento apropiado localmente, esta póliza proporciona Transporte Médico de Emergencia hacia el centro médico más cercano capaz de proveer el cuidado requerido. Si el tratamiento estuviera disponible localmente, pero la Persona Asegurada elige tratarse en otra parte, los gastos de transporte serán la responsabilidad de la Persona Asegurada.

En caso de una emergencia semejante, GBG Assist deberá ser contactado anticipadamente para aprobar y arreglar dicho Transporte Aéreo Médico de Emergencia. GBG Assist, en nombre de la Aseguradora, se reserva el derecho a decidir el centro médico al que la Persona Asegurada será transportada y los medios de transporte. Si la persona elige no ser tratada en el centro y lugar arreglados por GBG Assist, entonces los gastos de transporte serán responsabilidad de la Persona Asegurada. Todo transporte médico de emergencia debe ser arreglado, con anticipación, con GBG Assist al número de teléfono ubicado en la parte trasera de la Tarjeta de Identificación del Asegurado. La falta de arreglo del transporte de la manera indicada resultará en la denegación del pago de los costos de transporte.

Fecha Efectiva de Enrolamiento – la fecha en la que la cobertura de una Persona Asegurada será efectiva bajo esta Póliza, según sea determinado por el Titular de la Póliza o de otra manera.

Exámenes – La Compañía y el Administrador de Reclamos tendrán el derecho y la oportunidad, a través de sus representantes médicos, de examinar a una persona en cualquier momento y tan frecuentemente como puedan razonablemente requerirlo durante la duración de un reclamo. La Persona Asegurada deberá poner a disposición todos los reportes y registros médicos, así como los cuestionarios sobre información de salud solicitados y, cuando se requiera, deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para dar a la Compañía un historial médico completo. La Compañía y el Administrador de Reclamos tendrán el derecho y la oportunidad de solicitar una autopsia en caso de muerte, a menos que sea prohibido por la ley o por las creencias religiosas.

Experimental y/o de Investigación – cualquier tratamiento, procedimiento, tecnología, centro, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro no reconocido como práctica médica aceptada en los Estados Unidos o por la Aseguradora.

Centro de Cuidado Extendido – un centro de asistencia y/o rehabilitación aprobado por la Aseguradora que proporciona servicios especializados y de rehabilitación a pacientes que son dados de alta de un Hospital o que son admitidos en lugar de una estadía Hospitalaria. El término Centro de Cuidado Extendido no incluye residencias de ancianos, casas de reposo, centros vacacionales de salud, asilos de ancianos, casas de enfermería o establecimientos para cuidado domiciliar, servicios de custodia, asistencia para drogadictos y alcohólicos o instituciones similares.

VIH – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y todas las enfermedades causados por y/o relacionadas al virus del VIH.

País de Origen – El país de origen de una Persona Asegurada bajo este contrato se considera el país del que el Asegurado tiene un pasaporte. En caso de que un ciudadano de los Estados Unidos tenga más de un pasaporte, se considerará a los Estados Unidos como el país de origen.

Homeopatía – Un sistema de medicina alternativa que busca tratar a los pacientes a través de la administración de pequeñas dosis de medicina que provocarían síntomas similares a aquellos del paciente en una persona sana. Por ejemplo, el tratamiento homeopático para la diarrea sería una cantidad minúscula de un laxante.

Agencia de Atención de Salud en el Hogar – una agencia u organización, o una subdivisión de éstas, que, a) se encuentra principalmente comprometida con el suministro de servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos en el hogar de la Persona Cubierta; b) tiene licencia de la institución correspondiente, si fuera necesaria; c) tiene políticas establecidas por un grupo profesional asociado con la agencia u organización, incluyendo por lo menos un Médico y un enfermero graduado registrado (E.R.) para dirigir los servicios proporcionados; d) proporciona supervisión a tiempo completo de dichos servicios por un Médico o por un Enfermero Registrado (E.R); e) mantiene un registro médico completo de cada paciente; y f) tiene un administrador a tiempo completo.

Plan de Atención de Salud en el Hogar – un programa: a) para el cuidado y tratamiento de una Persona Asegurada en su hogar; b) establecido y aprobado por escrito por su Médico Tratante; y c) Certificado, por el Médico tratante, como requerido para el tratamiento adecuado de la lesión o enfermedad, en lugar de un tratamiento con internamiento en un Hospital o en un Centro de Cuidado Extendido.

Centro de Cuido para Enfermos Terminales – una agencia que proporciona un plan coordinado de asistencia en el hogar y con internamiento a una persona que sufre de una enfermedad terminal y que cumple con todos los siguientes controles: a) ha obtenido cualquier licencia o Certificado de Necesidad estatal o gubernamental requerido; b) proporciona servicio las 24 horas del día, 7 días a la semana; c) está bajo la directa supervisión de un Médico; d) tiene un enfermero coordinador que es un Enfermero Registrado (E.R.) o un Enfermero No Diplomado con Licencia (E.N.D.L); e) tiene un coordinador de servicios sociales con debida licencia; f) tiene como finalidad principal el suministro de servicios de Cuido de Enfermos Terminales; g) tiene un administrador a tiempo completo; y h) mantiene registros escritos de los servicios proporcionados al paciente.

Hospital – e incluye únicamente centros de cuidado agudo con licencia o aprobados por la autoridad legal correspondiente como hospitales, y cuyos servicios se encuentran bajo la supervisión de, o son prestados por un personal de médicos que tienen la debida licencia para practicar la medicina y que proporcionan continuamente servicios de enfermería veinticuatro (24) horas al día bajo la dirección o supervisión de enfermeros profesionales registrados. El término Hospital no incluye residencias de ancianos, casas de reposo, centros vacacionales de salud, asilos de ancianos, casas de enfermería o establecimientos para cuidado domiciliar, servicios de custodia, asistencia para drogadictos y alcohólicos, o instituciones similares.

Tarjeta de Identificación (Tarjeta ID) - La tarjeta proporcionada a cada Asegurado y sus Dependientes Asegurados que describe los beneficios de la póliza, nombre del titular de la póliza, Personas Aseguradas y endosos, si los hubiere. En esta tarjeta, los asegurados encontrarán información sobre beneficios, así como información de contacto para la presentación de reclamos y el tratamiento médico de emergencia. Los Asegurados pueden, en ciertas circunstancias, tener dos tarjetas de identificación.

Enfermedad – dolencia física, afección, embarazo y complicaciones del Embarazo de una Persona Asegurada. Esto no incluye Enfermedad Mental.

Paciente Internado – una persona admitida en un Hospital u otro centro de asistencia de salud aprobado para una estadía nocturna médicamente necesaria.

Dependiente Asegurado – el Dependiente de un Asegurado que se encuentra enrolado para y tiene derecho a cobertura bajo esta Póliza y por quien se ha pagado la Prima requerida.

Persona Asegurada – un Asegurado o sus Dependientes Asegurados que se encuentran enrolados para y tienen derecho a cobertura bajo esta Póliza y por quienes se ha pagado la Prima requerida.

Máximo Vitalicio – el pago, especificado en el Programa de Beneficios, que constituye la cantidad máxima a pagar por la Aseguradora durante el curso de la vida de la Persona Asegurada, independientemente de los cambios en la cobertura del plan de beneficios.

Asistencia por Maternidad – El costo de la asistencia prenatal, parto, Cesáreas no electivas (médicamente necesarias) (ver Definiciones) y tratamiento posnatal sujetos al límite específico. Cualquier complicación relacionada con el embarazo, incluyendo Cesáreas no electivas (médicamente necesarias), será tratada como maternidad y estará sujeta a los límites especificados. La maternidad también incluye las vitaminas prenatales y dos (2) ultrasonidos rutinarios. La cesárea electiva no está cubierta. Ver la sección de Exclusiones de esta Póliza.

Beneficio Máximo – el pago especificado en el Programa de Beneficios, por servicios específicos, el cual es el monto máximo a pagar por la Aseguradora por persona, por año póliza (a menos que se establezca de otra manera) independientemente del gasto permitido o actual. Esto es después de que el asegurado ha cumplido con sus obligaciones de deducible, copagos y cualquier otro costo aplicable.

Servicios Médicos de Emergencia – servicios proporcionados con relación a una “Emergencia”, definida como el apareamiento repentino e inesperado de una condición que requiere asistencia médica o quirúrgica que la Persona Asegurada necesita después del apareamiento de dicha condición (o tan pronto como la asistencia pueda hacerse disponible, pero en ningún caso después de veinticuatro (24) horas posteriores al apareamiento) y en la ausencia de la cual un Asegurado pueda sufrir serias lesiones corporales o la muerte.

Exclusiones Médicas – disposición específica que excluye la cobertura de condiciones o enfermedades en la vida de esta Póliza. Las exclusiones son impuestas cuando la Póliza es emitida como condición para la emisión de la cobertura. Las Exclusiones Médicas o Exclusiones, si son emitidas como una condición para la emisión de la cobertura, forman parte de esta Póliza a través de un endoso o anexo o según se enumeran en la sección de Exclusiones y Limitaciones de la póliza.

Médicamente Necesario – aquellos servicios o suministros que son proporcionados por un Hospital, Médico u otro proveedor médico aprobado que se requieran para identificar o tratar una enfermedad o lesión y que, según lo determine la Aseguradora, son:

1. Consistentes con el síntoma o diagnóstico y tratamiento de la condición, enfermedad o lesión; y
2. Apropriados con respecto a los estándares de la práctica profesional aceptada; y
3. No únicamente para la conveniencia de la Persona Asegurada, la conveniencia del Médico o la conveniencia de cualquier otro proveedor; y
4. El suministro o nivel de servicio más apropiado, que pueda ser suministrado. Cuando es aplicado a un paciente internado significa, además, que los síntomas o condiciones médicas requieren que los servicios o suministros no puedan ser proporcionados seguramente como paciente externo; y
5. Que no sean parte de o estén asociados con la educación académica o entrenamiento vocacional del paciente; y
6. Que no sea Experimental o de Investigación.

Cesárea no electiva (medicamento necesaria) – que una Cesárea es recomendada cuando el parto vaginal puede suponer un riesgo para la vida de la madre o del bebé. Una Cesárea se considera Medicamento Necesaria cuando no es realizada únicamente para la conveniencia de la Persona Asegurada, la conveniencia del Médico o la conveniencia de cualquier otro proveedor. Las condiciones o circunstancias médicas que pueden conducir a una Cesárea medicamento necesaria incluyen, pero no se limitan a, las siguientes: estrés fetal, prolapso de cordón umbilical, ruptura uterina, hipertensión, preclamsia, taquicardia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, placenta *accreta*, presentación podálica o transversa, inducción del parto fallida o parto con fórceps, macrosomía, anomalías del cordón umbilical, VIH, Herpes u otras enfermedades de transmisión sexual en el canal de nacimiento de la madre que pongan al bebé en riesgo de infección, nacimientos múltiples, Cesárea transversa previa, ruptura uterina previa y nacimiento póstumo. Otras condiciones médicas también pueden calificar. Se recomienda preautorización.

Enfermero – una persona con licencia de Enfermero Registrado (E.R.) o Enfermero No Diplomado con Licencia (E.N.D.L.) emitida por la autoridad competente en las áreas donde él o ella practican la enfermería.

Paciente Externo – servicios, suministros o equipo recibido mientras no se es un paciente internado en un hospital u otro centro de asistencia de salud o estadía nocturna. La Cirugía de Paciente Externo incluye todos los procedimientos invasivos incluyendo los procedimientos de colonoscopia y endoscopia.

Médico – cualquier persona que tiene la licencia correspondiente y cumple con todas las leyes, reglamentos y requisitos en la jurisdicción donde practica la medicina, la osteopatía o la podiatría y que actúa dentro del alcance de dicha licencia. Este término no incluye a: (1) un interno; o (2) una persona en entrenamiento.

Póliza – el acuerdo entre la Aseguradora y Titular de la Póliza. La Póliza incluye este documento, las Declaraciones de la Póliza, el Programa de Beneficios aplicable, todos los formularios de aplicación, cualquier cuestionario médico; la última tarjeta de identificación emitida y cualquier modificación o enmienda a un endoso realizada de acuerdo con la Póliza. Esto también incluye cualquier anexo o endoso comprado por el Titular de la Póliza.

Fecha Efectiva de la Póliza – la fecha en la que esta Póliza se hace efectiva inicialmente, sin tener en cuenta las renovaciones posteriores.

Titular de la Póliza – una persona que ha aplicado para cobertura y es nombrada como el Titular de la Póliza en la Página de Declaraciones de esta Póliza.

Preautorización – La Preautorización es un proceso por el cual una Persona Asegurada obtiene aprobación escrita para ciertos procedimientos o tratamientos médicos de parte de GBG Assist (ver reverso de su Tarjeta de Identificación) previo al comienzo del tratamiento médico propuesto. Ciertos procedimientos médicos requerirán que el proceso de preautorización sea seguido para que el servicio sea cubierto y para maximizar los beneficios del Asegurado. Para mayor información sobre cómo preautorizar un tratamiento médico e información de contacto relevante, remitirse a la sección de preautorización.

Condición Preexistente – cualquier enfermedad o lesión, condición física o mental, por la que una Persona Asegurada ha recibido un diagnóstico, recomendación médica o tratamiento, o ha tomado medicina prescrita, o de la que distintos síntomas eran evidentes previo a la fecha efectiva. (Los Términos y Condiciones relacionados con las Condiciones Preexistentes de este plan están descritos en el Programa de Beneficios).

Organización de Proveedores Preferidos (OPP) – un proveedor participante, tal como un Hospital, clínica o Médico que ha entrado en un acuerdo para proporcionar servicios de salud a personas aseguradas por la Aseguradora. La Compañía también mantiene una red internacional de proveedores y centros médicos con los que ha arreglado procedimientos de facturación directa. Por favor remitirse a su Tarjeta de Identificación para localizar los Proveedores Preferidos o acceda a la lista de proveedores en www.gbg.com.

Prima(s) – el pago debido por el Titular de la Póliza a la Aseguradora para garantizar los beneficios para sus Elegibles bajo esta Póliza.

Fecha de Pago de Prima – la fecha recurrente especificada en las Declaraciones de la Póliza en la que la Prima para esta Póliza se vence.

Medicamentos de Prescripción – Los medicamentos de prescripción son medicamentos prescritos por un médico y que no estarían disponibles sin dicha prescripción. Ciertos tratamientos y medicamentos, tales como vitaminas, hierbas, aspirina, remedios para la gripe, medicinas experimentales o de investigación o suministros médicos, aun cuando sean recomendados por un médico, no califican como medicamentos de prescripción.

Catálogo de Medicamentos de Prescripción – Un programa de medicamentos de prescripción aprobado para uso el cual estará cubierto, si no está de otra manera excluido por el plan, y dispensado a través de las farmacias participantes. Puede incluir escalas en las que un diferente nivel de copago aplica a cada escala.

Deportes Profesionales – Actividades en las que los participantes reciben un pago por participar.

Proveedor – la organización o persona que efectúa o proporciona tratamiento, servicios, suministros o medicamentos.

Rehabilitación – Servicios terapéuticos diseñados para mejorar la condición médica de un paciente dentro de un período de tiempo predeterminado a través del establecimiento de un programa de mantenimiento diseñado para mantener la condición actual del paciente, evitar su deterioro y ayudar a su recuperación. La rehabilitación con internamiento es cubierta únicamente durante la fase del tratamiento de recuperación aguda y subaguda y únicamente cuando sea autorizada por el Departamento de GBG Assist.

Repatriación o Entierro Local – Este es el gasto de la preparación y el transporte aéreo de los restos mortales de la Persona Asegurada del lugar de fallecimiento a su país de origen, o la preparación y entierro local de los restos mortales de una Persona Asegurada que fallece fuera de su país de origen. Este beneficio queda excluido cuando la muerte ocurre en su país de origen.

Asistencia de Alivio – La asistencia de alivio es asistencia con Internamiento para pacientes crónicos o enfermos terminales con la única finalidad de relevar al cuidador principal del paciente. La asistencia de alivio no está cubierta bajo esta Póliza.

Área Restringida – Países y/o centros, donde el tratamiento médico puede no estar cubierto bajo ciertas pólizas, según lo defina la Compañía. Consulte a www.gbg.com o a GBG Assist para obtener un listado completo de las áreas y centros restringidos.

Derecho de Recuperación – Una disposición de derecho de recuperación no se ocupa de la sustitución de derechos sino meramente permite al plan tener un gravamen sobre el producto de cualquier recuperación obtenida de un tercero responsable. El derecho de recuperación es generalmente ejecutado a través de negociaciones directas con la persona cubierta quien repaga al plan después de efectuar su recuperación de un tercero responsable. Bajo el derecho de recuperación, un plan no puede tomar acción legal directa contra un malhechor; mientras que, bajo subrogación, el plan puede tomar acción directa. (Ver sección de Subrogación).

Programa de Beneficios – la descripción resumida de los beneficios disponibles, niveles de pago y beneficios máximos proporcionados bajo esta Póliza. El Programa de Beneficios se incluye con y es parte de este Contrato.

Derrame – Cualquier accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de 24 horas y que incluyan infarto de tejido cerebral, hemorragia o inmovilización de una fuente extracranial. Se debe producir evidencia de déficit neurológico permanente. La enfermedad catastrófica debe ser diagnosticada por un practicante médico registrado y debe estar respaldada por evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptable para la Aseguradora.

Asistencia Subaguda – Asistencia médica que es de alguna manera aguda, situándose entre asistencia aguda y crónica pero con algunas características agudas.

Subrogación – El término subrogación se refiere a la sustitución de una persona en el lugar de otra con relación a un derecho o reclamo legal. En un plan de salud este tipo de disposición permite al plan ser sustituido por la persona cubierta en un caso donde la persona cubierta toma acción legal. En teoría, una disposición de subrogación permite al plan de salud tomar acción legal directa contra un tercero responsable y, en consecuencia, el plan de salud podría obligar a la persona cubierta a perseguir reparación legal, aunque ésta pueda no querer hacerlo. (Ver también Subrogación).

Terrorismo – La actividad terrorista significa un acto, o actos, de una persona, o grupo(s) de personas, cometido con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares con la intención de influenciar a un gobierno y/o infundir en el público, o en una parte del público, miedo. La actividad terrorista puede incluir, pero no se limita a, el uso efectivo de la fuerza o la violencia y/o la amenaza de dicho uso. Además, los perpetradores de la actividad terrorista pueden actuar en solitario, o en nombre de, o en conexión con una organización u organizaciones o gobierno(s).

Cargo Usual, Razonable y Acostumbrado (URC) – el más bajo de: a) el cargo usual del proveedor por suministrar el tratamiento, servicio o suministro; o b) el cargo determinado por la Aseguradora como la tarifa general cargada por otros que prestan o proveen dichos tratamientos, servicios o suministros a las personas: (1) que residen en la misma área (código postal); y (2) cuya lesión o enfermedad es comparable en naturaleza y gravedad.

El cargo Usual, Razonable y Acostumbrado por un tratamiento, servicio o suministro que es inusual, o que no se provee a menudo en el área, o que es suministrado únicamente por un pequeño número de proveedores en el área, será determinado por la Aseguradora. La Aseguradora considerará factores tales como: (1) complejidad; (2) grado necesario de especialización; (3) tipo de especialista requerido; (4) gama de servicios o suministros proporcionados por un centro de atención; y (5) el cargo que prevalece en otras áreas.

El término "área" significa una ciudad, un país o cualquier área más extensa, la cual es necesaria para obtener una muestra representativa de instituciones similares o tratamientos similares.

Cuando proveedores OPP se encuentran disponibles dentro de un radio de 30 millas alrededor de la residencia local del asegurado, el cargo Usual, Razonable y Acostumbrado podrá ser el cargo negociado con proveedores OPP por dichos servicios.

Medidas de Revisión de Utilización – La Compañía se reserva el derecho de determinar la necesidad médica de un tratamiento programado. La idoneidad de la asistencia y plan de tratamiento serán revisados en consulta con el médico tratante y opciones alternativas de asistencia pueden ser recomendadas.

Período de Espera –el período de tiempo comenzando con la Fecha Efectiva del Asegurado, durante el cual ningún beneficio o beneficios limitados se encuentran disponibles para ciertos servicios. Después de terminado el Período de Espera, los beneficios para dichos servicios se vuelven disponibles de acuerdo con este plan.

Esta póliza es una traducción de la póliza en Inglés - su idioma original. Si existe alguna discrepancia entre la versión en Inglés y esta versión traducida, la versión en Inglés prevalecerá sobre cualquier traducción. Si usted quiere una copia de la póliza en Inglés por favor envíe su solicitud directamente a enroll@gbg.com.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

**Global Benefits Group ofrece su experiencia a nivel mundial,
productos y servicios no ligados por restricciones geográficas.**

Cualquier país

Cualquier nacionalidad

