



# Liaison® Student

Planes de Seguros de Salud Especializados para Estudiantes, Cuerpo Docente, Becados y sus Familias



Durante 25 años, Seven Corners ha protegido a los viajeros de todo el mundo. Proporcionamos salud y seguridad para usted cuando se encuentra lejos de su hogar. ¡Permítanos ir con usted durante su siguiente viaje!



## ¿Por qué necesito un seguro médico de viaje para estudiantes?

Muchas escuelas, programas de visas y países requieren que tenga un seguro de viaje para estudiantes a su llegada.

Además, es posible que el seguro médico que tenga en su país no le cubra cuando viaje al extranjero, lo cual significa que usted puede ser responsable de pagar la factura si se enferma o se lesiona durante el viaje. Algunos proveedores médicos extranjeros incluso requieren que pague los servicios antes de que reciba el tratamiento.

### ¿POR QUÉ COMPRAR LIAISON® STUDENT PLAN?

Está estudiando o enseñando en el extranjero y necesita una protección en la que pueda confiar. No importa a dónde vaya, nuestros planes Liaison Student le acompañan con cobertura médica integral, una amplia red de proveedores y asistencia de viaje las 24 horas. ¡Asegúrese de estar cubierto antes de salir de su casa!

### ¿QUIÉN PUEDE COMPRAR LIAISON STUDENT PLAN?

**Requisitos para el participante principal** – La persona mencionada en primer lugar en la póliza (participante principal) debe ser un estudiante, miembro del cuerpo docente o becado de tiempo completo, tener entre 12 y 64 años y participar en actividades educativas o de investigación de tiempo completo mientras reside fuera de su país de residencia<sup>1</sup>. También es necesario que cumpla con los siguientes requisitos:

- **Ciudadanos estadounidenses que viajan fuera de Estados Unidos:** deben tener una visa válida emitida por el país anfitrión, en caso de que lo requiera. Los ciudadanos estadounidenses no pueden adquirir un plan Liaison Student para viajar a Estados Unidos y/o a los territorios de Estados Unidos.
- **Ciudadanos no estadounidenses que viajan a Estados Unidos:** deben tener una visa válida tipo J-1, H-3, F-1, M-1 o Q-1 o una visa similar, y participar en un programa OPT.
- **Ciudadanos no estadounidenses que viajan fuera de Estados Unidos:** deben tener una visa válida emitida por el país anfitrión, en caso de que lo requiera.

**Requisitos para dependientes** – El participante principal puede adquirir cobertura para su cónyuge legal (su pareja doméstica legal o pareja civil legal) y los niños solteros (mayores de 13 días y menores de 19 años o menores de 26 años si asisten de tiempo completo a una institución acreditada).

<sup>1</sup>Para ciudadanos no estadounidenses, el país de residencia es el país en donde tienen su residencia permanente. Para ciudadanos estadounidenses, el país de residencia siempre es Estados Unidos.

Coverholder at **LLOYD'S**

#### Reasegurador

Puede sentirse confiado con el sólido respaldo financiero de Liaison Student a través de Certain Underwriters en Lloyd's, Londres, una organización establecida con calificación AM Best de A (Excelente). Tenga la seguridad de que tendrá la cobertura cuando la necesite.



#### Administrador

Seven Corners<sup>2</sup> se encargará de sus necesidades de seguros de principio a fin. Procesamos su compra, proporcionamos todos los documentos y gestionamos cualquier reclamo. Además, nuestro equipo propio de asistencia en viajes 24/7, Seven Corners Assist, se encarga de su emergencia o sus necesidades durante el viaje.

<sup>2</sup>Seven Corners opera bajo el nombre Seven Corners Insurance Services en California.

## Extensión de Cobertura

**Extensión de Cobertura** – La duración de su cobertura puede variar de 5 días a 364 días y es renovable siempre y cuando el participante principal sea elegible para el plan.

**Fecha efectiva** – Es la fecha de inicio de su plan, la que ocurra más tarde de las siguientes opciones: 1) las 12 a.m. del día posterior a la recepción de su solicitud y el pago adecuado si realiza la solicitud online o por fax; 2) las 12 a.m. del día después de el sello de la solicitud y el pago adecuado si realiza la solicitud por correo; 3) el momento en que sale de su país de residencia o 4) las 12 a.m. de la fecha que pide en su solicitud.

**Fecha de Terminación** – La fecha en que termina la cobertura para usted, la que ocurra primero de las siguientes opciones: 1) el momento en que regrese a su país de residencia (excepto en Extensión de Beneficios en el País de Residencia y Viajes Incidentales al País de Residencia); 2) las 11:59 p.m. en la fecha mostrada en su Tarjeta de Identificación; 3) 11:59 p.m. en la fecha que es el final del periodo para el cual pagó la prima o 4) el momento en que usted deja de ser elegible para el plan.

*Todos los horarios anteriores se refieren al Tiempo del Este de Estados Unidos.*

### EXTENDER SU COBERTURA

Puede extender su cobertura siempre y cuando el participante principal sea elegible para el plan. Si inicialmente adquirió menos de 364 días de cobertura, puede comprar tiempo adicional, desde un mínimo de 5 días hasta un total de 364 días. Le enviaremos por e-mail un aviso de renovación antes de que expire su cobertura, dándole la opción de renovar su plan. Se cobra una tarifa administrativa de \$5 por cada renovación.

Cuando recibamos su pago por la extensión, ampliaremos la fecha de vencimiento de su plan. Se aplicará un nuevo coaseguro a partir del 365º día de cobertura continua y comenzando cada 365º día adicional a partir de entonces.

La fecha efectiva original se usa para determinar si se ha alcanzado la cantidad del máximo médico de por vida y para determinar las condiciones preexistentes.

## Comprar Liaison Student

Puede comprar Liaison Student online. Una vez que haya completado su compra, de inmediato recibirá un recibo, un resumen de sus beneficios, una Tarjeta de Identificación y una copia del Certificado de Seguro. El certificado es el documento legal que explica cómo funciona su cobertura, y describe todos los beneficios y exclusiones. Recomendamos que lea su certificado de seguro para que comprenda cómo funciona su plan de seguro Liaison Student.

## Áreas de Cobertura

Puede elegir de entre dos áreas de cobertura:

- Mundial incluyendo Estados Unidos.
- Mundial excluyendo Estados Unidos.

## Reembolso de Prima/ Cancelación

Reembolsaremos su pago si recibimos su solicitud de un reembolso, por escrito, antes de la fecha efectiva de cobertura. Si la solicitud es recibida después de la fecha efectiva, la parte no utilizada del costo del plan puede reembolsarse menos una tarifa de cancelación de \$25, si no ha presentado ningún reclamo a Seven Corners. Envíe su solicitud de cancelación por escrito a [policy@sevencorners.com](mailto:policy@sevencorners.com)



### SEVEN CORNERS ASSIST

¿Qué pasa si se enferma mientras está en un área que no cuenta con la atención médica adecuada?

Si es médicamente necesario, haremos los arreglos para trasladarlo hasta la instalación médica más cercana y pagaremos los gastos.

**Travel Assistance 24/7** – Proporcionamos detalles del clima local, tasas de cambio de divisas, información de contacto de embajadas, datos de contacto de intérpretes, ayuda para recuperar el pasaporte perdido e información previa al viaje, incluyendo requisitos de vacunación y visa.

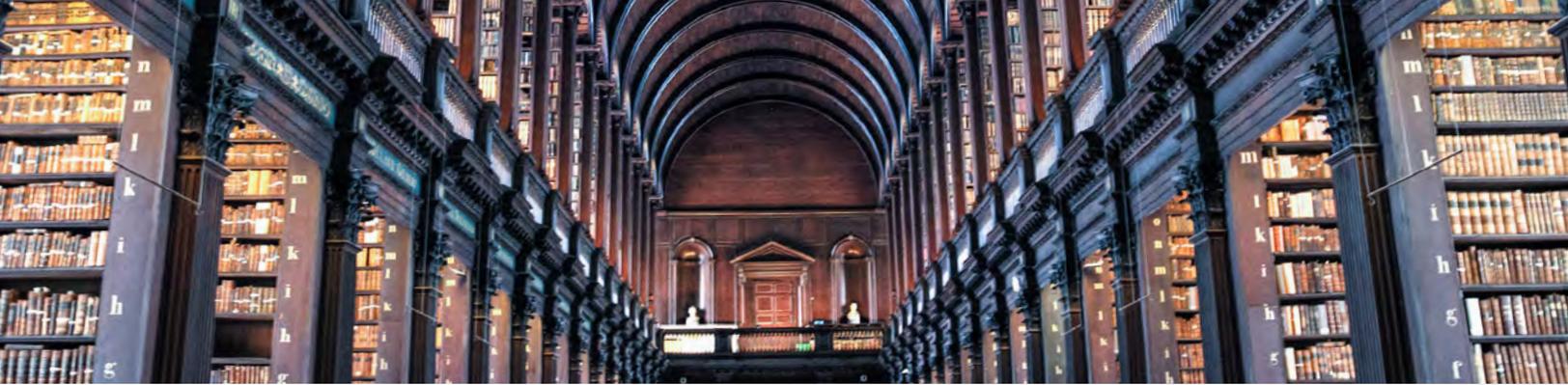
**Medical Assistance 24/7** – Le ayudamos a encontrar atención médica adecuada y segundas opiniones, evacuaciones médicas de emergencia, transporte médico a su casa después del tratamiento, acompañantes y transporte para niño(s) sin acompañante y transferencia de historial médico.

La información de contacto de Seven Corners Assist aparece en su Tarjeta de Identificación.

SIN COSTO  
1-800-690-6295

LLAMADAS POR COBRAR  
317-818-2808

[assist@sevencorners.com](mailto:assist@sevencorners.com)



## Pre-certificación (aplica para viajar solo dentro de Estados Unidos)

Los siguientes gastos siempre deben ser pre-certificados en Estados Unidos:

1. Cirugías o procedimientos ambulatorios;
2. Cirugías, procedimientos o estadías en el hospital, incluyendo los de rehabilitación;
3. Procedimientos de diagnóstico incluyendo resonancia magnética, angiografía de resonancia magnética, tomografía computarizada y PET;
4. Quimioterapia;
5. Radioterapia;
6. Terapias físicas y ocupacionales;
7. Terapia de infusión en el hogar.

Para cumplir con los requisitos de pre-certificación, es necesario:

1. Ponerse en contacto con Seven Corners Assist antes de incurrir en el gasto;
2. Seguir las instrucciones de Seven Corners Assist;
3. Notificar a los proveedores médicos sobre los requisitos de pre-certificación y solicitar su cooperación con Seven Corners Assist.

Una vez que pre-certifiquemos sus gastos, los revisaremos para determinar si están dentro de la cobertura del plan.

Si no cumple con los requerimientos de pre-certificación, o si los gastos no son pre-certificados, revisaremos los gastos para determinar si están dentro de la cobertura del plan. Si están cubiertos:

1. Los gastos médicos elegibles se reducirán un 25%; y
2. El deducible se restará de la cantidad restante; y
3. Se aplicará el coaseguro.

**La pre-certificación no garantiza los beneficios** – La pre-certificación no garantiza la cobertura ni el pago de los gastos.

## WellCard™ Descuentos y Servicios

Disminuya el costo de los siguientes productos y servicios, y reciba recompensas en efectivo:

- Medicamentos recetados – ahorre hasta 50%
- Servicios dentales – ahorre hasta 45%
- Servicios de oftalmología – ahorre hasta 50%
- Aparatos Auditivos
- Cuidado y suministros para diabéticos
- Vitaminas por correo
- Productos para la vida diaria – tarifas con descuento para suministros y equipos médicos

Comparta su tarjeta gratuita con amigos y familiares, y úsela incluso después de que su cobertura haya terminado. Visite [sevendcorners.com/well-card](https://sevendcorners.com/well-card) para obtener más información, localizar proveedores participantes y conocer los descuentos. La información sobre WellCard se incluirá con sus documentos de compra.

*WellCard no es un seguro y no reemplaza nuestras redes existentes.*

## Encuentre Proveedores Médicos

Puede encontrar proveedores de la red en: [sevendcorners.com/help/find-a-doctor](https://sevendcorners.com/help/find-a-doctor) o contactando a Seven Corners Assist.

**Dentro de Estados Unidos** – Ofrecemos una extensa red de proveedores con tabulador de precios y ahorros para usted.

**Fuera de Estados Unidos** – Seven Corners cuenta con una gran red internacional de proveedores y muchos aceptaron facturar directamente a nosotros por el tratamiento que realicen. Le recomendamos que se ponga en contacto con nosotros para obtener una referencia, aunque puede buscar tratamiento en cualquier instalación médica.

*Hacer uso de la red no garantiza los beneficios ni que la instalación médica facture directamente a Seven Corners. No garantizamos el pago a una instalación médica o individuo hasta que no determinemos que el plan cubre dicho gasto.*

## Información importante sobre su cobertura

Tome en cuenta que esta cobertura no es un plan de gastos médicos general, sino un programa médico de viaje con periodo limitado de beneficios diseñado para su uso fuera de su país de residencia.

Este folleto es un breve resumen de los beneficios y servicios. No es el documento de su plan. Si existiera alguna diferencia entre este folleto y el documento de su plan, prevalecerán las condiciones del documento de su plan. Los beneficios y las primas están sujetos a cambios.

Es su responsabilidad mantener todos los comprobantes referentes a historial de viaje, edad y proporcionar los documentos necesarios a Seven Corners para verificar su elegibilidad de cobertura.

### RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD PPACA

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA): ESTO NO ES UNA COBERTURA MÉDICA CALIFICADORA ("COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA") QUE SATISFACE EL REQUISITO DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. SI NO TIENE UNA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, PUEDE OBLIGAR UN PAGO ADICIONAL CON SUS IMPUESTOS.

## Requisitos para la Visa J

Si tiene una visa J, necesita un plan que cumpla con los requisitos de seguro de visa J.

¡Le tenemos buenas noticias! Todos nuestros planes para estudiantes cumplen con los requisitos de visa J si elige un máximo médico de \$100,000 o más y un deducible que no sea mayor a \$500.

## Tabla de Beneficios

Todos los beneficios mencionados en esta Tabla de Beneficios están en dólares estadounidenses. Todos los beneficios Médico y Dental están sujetos a Deducible o Copago y Coaseguro según lo indicado en la siguiente Tabla de Beneficios. Todos los beneficios son por persona y por incapacidad (lesión o enfermedad).

	<i>Liaison Student Economy</i>	<i>Liaison Student Choice</i>	<i>Liaison Student Elite</i>
<b>OPCIONES DEL PLAN</b>			
Extensión de Cobertura	5 días a 364 días Renovable siempre y cuando el participante principal sea elegible.	5 días a 364 días Renovable siempre y cuando el participante principal sea elegible.	5 días a 364 días Renovable siempre y cuando el participante principal sea elegible.
Área de Cobertura	Mundial incluyedo y excluyendo Estados Unidos	Mundial incluyedo y excluyendo Estados Unidos.	Mundial incluyedo y excluyendo Estados Unidos
Máximo Médico de Por Vida.	\$5,000,000	\$5,000,000	\$5,000,000
Opciones de Máximo Médico Por Persona Por Incapacidad.	Edades 14 días a 64: \$50,000; \$100,000; \$250,000; \$500,000; \$1,000,000	Edades 14 días a 64: \$50,000; \$100,000; \$250,000; \$500,000; \$1,000,000	Edades 14 días a 64: \$50,000; \$100,000; \$250,000; \$500,000; \$1,000,000
Opciones de Deducible – Por Persona Por Incapacidad (usted paga)	\$0, \$50, \$100, \$250, \$500, \$1,000	\$0, \$50, \$100, \$250, \$500, \$1,000	\$0, \$50, \$100, \$250, \$500, \$1,000
Centros de Salud para Estudiantes usted paga	\$5 copago por visita (no sujeto a deducible)	\$5 copago por visita (no sujeto a deducible)	\$5 copago por visita (no sujeto a deducible)
Coaseguro Fuera de Estados Unidos (el plan paga)	100% hasta máximo médico	100% hasta máximo médico	100% hasta máximo médico
Coaseguro dentro de Estados Unidos (el plan paga)	<b>EN RED PPO</b> Pagamos 80% de los primeros \$5,000, después 100% hasta máximo médico <b>FUERA DE RED PPO:</b> pagamos 70% de los primeros \$5,000, después 100% hasta máximo médico.	<b>EN RED PPO</b> Pagamos 90% de los primeros \$5,000, después 100% hasta máximo médico <b>FUERA DE RED PPO:</b> pagamos 80% de los primeros \$5,000, después 100% hasta máximo médico.	<b>EN RED PPO</b> Pagamos 100% hasta máximo médico <b>FUERA DE RED PPO:</b> pagamos 90% de los primeros \$5,000, después 100% hasta máximo médico

## MÉDICO

Dentro de Estados Unidos no cumplir con la precertificación para el tratamiento genera un 25% de multa; la multa no aplica en emergencias.

Habitación y Comida en el Hospital, Servicios de Hospital para Paciente Interno, Ambulatorio/ Servicios Clínicos, Unidad de Emergencia, Consultas Médicas	Usual y acostumbrado hasta máximo médico	Usual y acostumbrado hasta máximo médico	Usual y acostumbrado hasta máximo médico
Medicamentos Prescritos	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> \$10 copago por genéricos/ \$20 copago por marcas comerciales (no sujeto al deducible) <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> \$0 copago (aplica deducible)	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> \$5 copago por genéricos/ \$10 copago por marcas comerciales (no sujeto al deducible) <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> \$0 copago (aplica deducible)	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> \$0 copago (no sujeto al deducible) <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> \$0 copago (aplica deducible)
Vacunas (en E.U.A. solo según lo requiera la escuela, universidad o programa de visa)	\$100 por 364 días de cobertura continua	\$150 por 364 días de cobertura continua	\$200 por 364 días de cobertura continua
Terapia Física	\$25 por día hasta un máximo de 60 días	\$50 por día hasta un máximo de 60 días	\$75 por día hasta un máximo de 60 días
Manipulación de la Columna	\$25 por día hasta un máximo de 60 días (si es prescrita por un médico para aliviar el dolor)	\$50 por día hasta un máximo de 60 días (si es prescrita por un médico para aliviar el dolor)	\$75 por día hasta un máximo de 60 días (si es prescrita por un médico para aliviar el dolor)
Beneficio de Ambulancia Local	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> \$350 por incapacidad (lesión/ enfermedad) <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> Hasta máximo médico	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> \$500 por incapacidad (lesión/ enfermedad) <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> Hasta máximo médico	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> \$750 por incapacidad (lesión/ enfermedad) <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> Hasta máximo médico
Beneficio por Coma	\$10,000 (separado del máximo médico)	\$25,000 (separado del máximo médico)	\$50,000 (separado del máximo médico)
Extensión de Beneficios al País de Residencia	\$1,000	\$5,000	\$10,000
Viajes Incidentales al País de Residencia (para compras mínimas de 30 días)	\$1,000	\$5,000	\$10,000
Exención de Condiciones Preexistentes	Después de un periodo de espera de 364 días de cobertura continua, las condiciones preexistentes están cubiertas como cualquier otra incapacidad.	Después de un periodo de espera de 364 días de cobertura continua, las condiciones preexistentes están cubiertas como cualquier otra incapacidad.	Después de un periodo de espera de 364 días de cobertura continua, las condiciones preexistentes están cubiertas como cualquier otra incapacidad.
Aparición Repentina de Condición Preexistente (durante los 364 días iniciales de la cobertura)	Gastos médicos cubiertos hasta \$5,000	Gastos médicos cubiertos hasta \$10,000	Gastos médicos cubiertos hasta \$25,000

## Tabla de Beneficios

Todos los beneficios mencionados en esta Tabla de Beneficios están en dólares estadounidenses. Todos los beneficios Médico y Dental están sujetos a Deducible o Copago y Coaseguro según lo indicado en la siguiente Tabla de Beneficios. Todos los beneficios son por persona y por incapacidad (lesión o enfermedad).

	<i>Liaison Student Economy</i>	<i>Liaison Student Choice</i>	<i>Liaison Student Elite</i>
<b>MÉDICO (CONTINUACIÓN)</b>			
Dentro de Estados Unidos no cumplir con la precertificación para el tratamiento genera un 25% de multa; la multa no aplica en emergencias			
Enfermedad Mental incluyendo Abuso de Sustancias Alcohólicas	<b>PACIENTE HOSPITALIZADO</b> \$5,000 (máx 45 días) <b>PACIENTE AMBULATORIO</b> 80% de URC hasta \$500	<b>PACIENTE HOSPITALIZADO</b> \$10,000 (máx 45 días) <b>PACIENTE AMBULATORIO</b> 80% de URC hasta \$1000	<b>PACIENTE HOSPITALIZADO</b> \$20,000 (máx 45 días) <b>PACIENTE AMBULATORIO:</b> \$2,000
Accidente en Vehículo Motorizado	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> 50% hasta \$100,000 <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> Hasta máximo médico	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> 75% hasta \$100,000 <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> Hasta máximo médico	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS</b> 100% hasta \$100,000 <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> Hasta máximo médico
Deportes Amateur sin Contacto	\$2,500	\$5,000	\$10,000
Maternidad Cuidado de embarazo a ser cubierto, la concepción debe ocurrir 180 días después del comienzo de la cobertura	\$500  Los beneficios se reducen 25% por no notificarnos dentro de los primeros 90 días de embarazo.	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS EN RED PPO:</b> 80% up to \$10,000 <b>FUERA DE RED PPO:</b> 60% up to \$10,000 <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> 80% up to \$10,000  Los beneficios se reducen 25% por no notificarnos dentro de los primeros 90 días de embarazo.	<b>DENTRO DE ESTADOS UNIDOS EN RED PPO:</b> 80% up to \$25,000 <b>FUERA DE RED PPO:</b> 60% up to \$25,000 <b>FUERA DE ESTADOS UNIDOS</b> 100% up to \$25,000  Los beneficios se reducen 25% por no notificarnos dentro de los primeros 90 días de embarazo.
Cuidado de Rutina del Recién Nacido	\$250 por recién nacido	\$500 por recién nacido	\$750 por recién nacido
<b>DENTAL</b>			
Dental – Alivio de Dolor Repentino (para compras mínimas de 30 días)	\$150	\$250	\$350
Dental – Accidente	\$500	\$1,000	\$2,500
<b>SERVICIOS Y ASISTENCIA DE EMERGENCIA</b>			
Evacuación y Repatriación Médica de Emergencia	\$100,000 (separado del máximo médico)	\$500,000 (separado del máximo médico)	\$750,000 (separado del máximo médico)
Reunión Médica de Emergencia	Hasta \$200 por día /\$15,000 máximo	Hasta \$200 por día /\$25,000 máximo	Hasta \$200 por día /\$50,000 máximo
Repatriación de Niño(s)	\$25,000	\$40,000	\$50,000
Repatriación de Restos Mortales	\$50,000	\$50,000	\$50,000
Cremación/ Entierro Local	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Evacuación por Desastre Natural	\$5,000	\$10,000	\$10,000
Beneficio Diario por Desastre Natural	\$25 por día, límite de 5 días	\$50 por día, límite de 5 días	\$75 por día, límite de 5 días
Evacuación y Repatriación Política	\$10,000	\$10,000	\$10,000
Asalto Criminal	\$10,000 (separado del máximo médico)	\$15,000 (separado del máximo médico)	\$20,000 (separado del máximo médico)
Terrorismo	\$25,000	\$50,000	\$100,000
Servicios de Asistencia en Viaje 24/7	Incluido	Incluido	Incluido
<b>MA&amp;PM</b>			
Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (MA&PM)	\$25,000 para participante principal; \$10,000 para cónyuge participante del plan; \$5,000 por niño participante del plan; Límite Agregado de \$250,000 para el total de los asegurados en el plan.	\$25,000 para participante principal; \$10,000 para cónyuge participante del plan; \$5,000 por niño participante del plan; Límite Agregado de \$250,000 para el total de los asegurados en el plan.	\$25,000 para participante principal; \$10,000 para cónyuge participante del plan; \$5,000 por niño participante del plan; Límite Agregado de \$250,000 para el total de los asegurados en el plan.
Responsabilidad Personal	\$25,000	\$50,000	\$100,000
<b>COBERTURA OPCIONAL</b>			
Actividades de Riesgo	Hasta máximo médico	Hasta máximo médico	Hasta máximo médico

## Beneficios Destacados

**Máximo Médico de Por Vida** – Es el máximo médico durante el tiempo que usted tiene cobertura, incluidas todas las extensiones de cobertura que adquiera. Es el límite general para todas las discapacidades (lesiones y enfermedades) que ocurren mientras está cubierto.

**Opciones de Máximo Médico** – Usted selecciona la cantidad en dólares para este límite. Es el límite para cada lesión o enfermedad (incapacidad) que ocurre durante su período de cobertura. Los beneficios se pagan hasta el máximo médico después de que usted pague su deducible y coaseguro o copago. *El tratamiento inicial de una lesión o enfermedad debe ocurrir dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la lesión o del inicio de la enfermedad.*

**Deducible** – Su deducible se aplica por lesión o enfermedad (incapacidad).

**Incapacidad** – Es una enfermedad o lesión e incluye todos los trastornos corporales debidos a las mismas causas o a causas relacionadas.

**Extensión de Beneficios en el País de Residencia** – Cubre los gastos incurridos en su país de residencia por condiciones que sean diagnosticadas y tratadas primero fuera de su país de residencia. Usted gana días cubiertos a aproximadamente 5 días por mes de cobertura comprada hasta 60 días por cada 364 días de cobertura comprada.

**Viajes Incidentales al País de Residencia** – Cubre una enfermedad o lesión que ocurre en un viaje incidental a su país de residencia. Usted gana días cubiertos en su hogar a aproximadamente 5 días por mes de cobertura comprada hasta 60 días por cada 364 días de cobertura comprada.

**Maternidad** – La cantidad de este beneficio varía según el plan. Los embarazos no están cubiertos a menos de que la concepción ocurra al menos 180 días después de la fecha de efectiva de la cobertura. Además, hay una reducción del 25% en los beneficios si no notifica a Seven Corners dentro de los primeros 90 días posteriores al embarazo.

**Recién nacido** – Los recién nacidos que nacen en Estados Unidos como resultado de un embarazo cubierto por Liaison Student están automáticamente cubiertos por el plan durante los primeros 30 días de vida. Usted debe agregarlos al plan a más tardar al trigésimo primer día de vida.

### **Evacuación y Repatriación Médica de Emergencia\***

Si es médicamente necesario, nosotros:

1. Lo trasladaremos a instalaciones médicas adecuadas.
2. Lo trasladaremos a su hogar después de recibir tratamiento médico relacionado con una evacuación médica.

**Reunión Médica de Emergencia\*** – Si requiere evacuación médica de emergencia, enviaremos a la persona que usted indique para que esté a su lado mientras se encuentre hospitalizado.

**Repatriación de Niño(s)\*** – Si viaja solo con niño(s) y es hospitalizado debido a una enfermedad o lesión cubierta, transportaremos al niño a su hogar con un acompañante.

**Repatriación de Restos Mortales\*** – Trasladaremos sus restos a su país de residencia en caso de que muera mientras se encuentra fuera de su país de residencia durante el periodo de cobertura. Si elige este beneficio, no recibirá el beneficio de Cremación o Entierro Local.

**Cremación o Entierro Local\*** – Pagaremos los gastos razonables por su entierro o cremación local en caso de que muera fuera de su país de residencia durante el periodo de cobertura. Si elige este beneficio, no recibirá el beneficio de Repatriación de Restos Mortales.

**Evacuación y Repatriación por Desastre Natural\*** – Si requiere evacuación de emergencia debido a un desastre natural, organizaremos y pagaremos su evacuación desde un punto de partida seguro hasta la

ubicación segura más cercana. El personal de seguridad de Seven Corners determinará la necesidad de la evacuación en consulta con las autoridades de gobierno locales y los analistas de seguridad. También organizaremos y pagaremos su alojamiento en caso de que deba permanecer en esa ubicación segura y, organizaremos y pagaremos un boleto de avión sencillo en clase turista para trasladarlo a su país de residencia después de la evacuación.

**Beneficio Diario por Desastre Natural** – Pagaremos el costo de un nuevo alojamiento debido en caso de sea desalojado del alojamiento planeado y pagado debido a un desastre natural. Debe presentar comprobantes de pago de los alojamientos de los que fue desalojado.

**Evacuación y Repatriación Política\*** – Organizaremos y pagaremos los gastos incurridos por su evacuación política y/o repatriación a su país de residencia de un boleto de avión sencillo en clase turista. Este beneficio no aplica si usted no observa una Advertencia de Disturbio Civil Nivel 3 o cualquier Advertencia de Viaje Nivel 4 emitida por el Departamento de Estado de Estados Unidos o advertencias similares por parte de las autoridades del país anfitrión o de su país de residencia.

**Beneficio por Coma** – Paga el beneficio si usted entra en estado de coma debido a un accidente.

**Asalto Criminal** – Paga el beneficio si usted resulta herido debido a un asalto criminal durante su viaje.

**Terrorismo** – Si sufre una lesión como resultado de actividad terrorista, proporcionaremos los beneficios si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Usted no está implicado directa o indirectamente.
2. La actividad terrorista no sucede en un país o ubicación donde el gobierno de Estados Unidos haya emitido una alerta de Terrorismo Nivel 3, Disturbio Civil Nivel 3 o cualquier Advertencia de Viaje Nivel 4 o advertencias similares del país anfitrión o de su país de residencia durante los 6 meses previos a la fecha de su llegada.
3. Usted no ha incumplido el abandono de un país o ubicación después de la fecha en que el gobierno de Estados Unidos o las autoridades correspondientes de su país de residencia o del país anfitrión hayan emitido una advertencia.

**Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (MA&PM)** – Paga beneficios por muerte, pérdida de miembros debido a un accidente ocurrido durante su viaje.

**Responsabilidad Personal** – Pagaremos las sentencias o acuerdos elegibles emitidos por el tribunal aprobados por Seven Corners que se relacionen a la responsabilidad personal en que usted incurra por actos, omisiones y otras ocurrencias por pérdidas o daños causados por sus actos negligentes u omisiones que resulten en: 1) lesión a una tercera persona; 2) daño o pérdida a la propiedad personal de una tercera persona; 3) daño o pérdida a la propiedad personal de una tercera persona relacionada.

**\*Seven Corners Assist organiza estos beneficios: Evacuación y Repatriación Médica de Emergencia, Reunión Médica de Emergencia, Repatriación de Niños, Repatriación de Restos Mortales, Entierro/ Cremación Local, Evacuación y Repatriación por Desastre Natural, y Evacuación y Repatriación Política. Si no utiliza Seven Corners Assist, se negarán los beneficios.**

## Beneficios Destacados (continuación)

**Cobertura Opcional - Actividades de Riesgo** – Si planea participar en actividades de aventura mientras está cubierto por un plan Liaison Student, debe adquirir esta cobertura opcional para estar protegido durante las siguientes actividades: bungee jumping; espeleología; ala delta; motociclismo acuático; motocicleta o motoneta, ya sea como pasajero o conductor; paracaidismo; parasailing; buceo solo a una profundidad de 10 metros con un aparato de respiración en el entendido de que Usted tiene certificación SSI, PADI o NAUI; motos de nieve; surf; montar en wakeboard; esquí acuático; windsurf; o tirolesa. Debe comprar esta cobertura opcional si desea estar cubierto mientras conduce una motocicleta, una motoneta o un medio de transporte similar cuando dicho transporte es una forma habitual y aceptada de transporte público de alquiler en el área donde se encuentra en el país anfitrión.

**Período de beneficio** – Es la cantidad de tiempo que tiene desde la fecha de su lesión o enfermedad para recibir tratamiento y corresponde a su período de cobertura. Una vez que su cobertura finaliza en la fecha de vencimiento, ya no puede recibir tratamiento. No olvide que debe solicitar el tratamiento inicial de una lesión o enfermedad dentro de los primeros 30 días posteriores a la fecha de la lesión o el inicio de la enfermedad.

### Enfermedad Mental Incluyendo Alcohol y Abuso de Sustancias

Los gastos médicos para el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios por enfermedad mental, alcohol y por abuso de sustancias están cubiertos según se muestra en la tabla. Para todas las opciones del plan, el tratamiento para pacientes hospitalizados está limitado a 45 días.

**Deportes Amateur sin Contacto** – Los gastos médicos están cubiertos como se muestra en la tabla si se lesiona mientras participa en un deporte amateur sin contacto. Estos deportes incluyen: deportes de secundaria, interescolares, interuniversitarios, intramuros o de clubes exclusivos de la siguiente lista de deportes cubiertos: tenis, squash, ultimate frisbee, kickball, volleyball, atletismo, waterpolo, baseball, basketball, aerobics, baile, navegación, kayak de mar / canoa, equitación, surf, esquí de nieve, snowboard, patinaje sobre ruedas, patinaje en línea y natación.

## Para Presentar un Reclamo

Para que un reclamo sea pagadero debe cumplir con los términos y condiciones del Certificado de Seguro de Liaison Student. Además, debe enviarnos un formulario de reclamo completo dentro de los 90 días siguientes a la fecha del servicio. Los reclamos se pagan de dos maneras:

1. Pagamos a su proveedor si no le exigieron que pague por adelantado. Para hacer esto, necesitamos una factura detallada del proveedor junto con un formulario de reclamo completado por usted.
2. Le reembolsaremos si pagó los gastos médicos por adelantado. Para hacerlo necesitamos un recibo detallado (que muestre que pagó los gastos) junto con un formulario de reclamo completado por usted.

Importante: si viaja a Estados Unidos y visita a un proveedor de la red, no pague los servicios por adelantado y deje que el proveedor facture a Seven Corners. Su Tarjeta de Identificación le brindará información sobre la red PPO en los Estados Unidos.

Visite [sevencorners.com/claims](http://sevencorners.com/claims) para encontrar formularios e instrucciones sobre cómo presentar un reclamo.

## Restricciones Geográficas

**Restricciones Estatales** – No podemos aceptar una dirección en Maryland, Washington, Nueva York, Dakota del Sur y Colorado.

**Restricciones de Países** – No podemos aceptar una dirección en Cuba, Canadá, Australia, Suiza, República Islámica de Irán, República Árabe Siria, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Gambia, Ghana, Nigeria y Sierra Leona.

**Restricciones de Destino** – No podemos cubrir los viajes a la Antártida, a la República Islámica de Irán, la República Árabe Siria y Cuba.

Comuníquese con su agente para conocer otras opciones de cobertura.

## Cobertura para Condiciones Preexistentes

Esto incluye cualquier condición médica, enfermedad, lesión, afección, enfermedad mental, o trastorno nervioso o mental, que previamente o no se haya manifestado, que haya presentado síntomas, que se haya conocido, diagnosticado, tratado o divulgado durante el período de 36 meses inmediatamente anterior al comienzo su cobertura.

Las condiciones preexistentes están cubiertas de dos maneras:

### Aparición repentina de condiciones preexistentes

Esta cobertura se proporciona durante sus primeros 364 días de cobertura.

Pagamos hasta el monto que se muestra en la Tabla de Beneficios para la aparición repentina de una condición preexistente *si ocurre durante los primeros 364 días de su período de cobertura, y si recibe tratamiento dentro de las 24 horas posteriores a la recurrencia repentina e inesperada. Pagamos una aparición repentina por condición preexistente.*

La cobertura está disponible para gastos médicos elegibles hasta que la condición ya no sea repentina o que usted sea dado de alta del hospital.

Este beneficio no incluye la cobertura de atención médica conocida, programada, requerida o esperada, medicamentos o tratamientos existentes o necesarios antes de la fecha en que comenzó su cobertura.

### ¿Qué es una aparición repentina de una condición preexistente?

Es un brote repentino e inesperado o la recurrencia de una afección preexistente que se produce de manera espontánea y sin previo aviso, ya sea en forma de recomendaciones médicas o síntomas, y requiere atención urgente.

Una condición preexistente que es congénita o que empeora gradualmente con el tiempo no se considerará una aparición repentina. Además, una condición preexistente no se considerará una aparición repentina si durante los 30 días anteriores al evento repentino usted tuvo un cambio en la prescripción o el tratamiento para un diagnóstico relacionado con el evento repentino.

### Exención de condiciones preexistentes

Después de haber estado cubierto de manera continua durante 364 días bajo un plan Liaison Student, eliminamos a la exención de condiciones preexistentes, de modo que las condiciones preexistentes quedarán cubiertas de la misma forma que otras condiciones con copago, deducible y coaseguro aplicables.

## Exclusiones

Las siguientes exclusiones se aplican a los siguientes beneficios: Gastos Médicos Cubiertos, Coma, Extensión de Beneficios en País de Residencia, Viajes Incidentales al País de Residencia, Emergencia Dental – Alivio del Dolor Repentino, Emergencia Dental – Accidente, Evacuación y Repatriación Médica de Emergencia, Reunión Médica de Emergencia, Repatriación de Niños Menores, Repatriación de Restos Mortales, Entierro/Cremación Local, Evacuación y Repatriación por Desastre Natural, Evacuación y Repatriación Política, Muerte Accidental y Pérdida de Miembros, Responsabilidad Personal y Cobertura Opcional – Actividades de Riesgo.

Estas exclusiones no incluyen gastos que sean por, resulten de, se relacionen a o sean incurridos por lo siguiente:

- Condiciones Preexistentes excepto lo excluido por Exclusión de Condiciones Preexistentes, Aparición Repentina de Condiciones Preexistentes, Evacuación y Repatriación Médica de Emergencia, Repatriación de Restos Mortales y Entierro o Cremación Local;
- Reclamaciones no recibidas por la Compañía o el Administrador dentro de los primeros noventa (90) días posteriores a la fecha de servicio;
- Tratamientos que (i) excedan los gastos Usuales y Acostumbrados; (ii) sean de carácter Investigativo, Experimental o por razones de investigación; o (iii) recibidos en la unidad de emergencia de un Hospital que no sean Emergencia Médica;
- Tratamientos, servicios o suministros que no sean administrados por o bajo la supervisión de un Médico o Cirujano y productos que puedan adquirirse sin la receta de un Médico o Cirujano;
- Exámenes físicos de rutina, inoculaciones u otros exámenes o pruebas realizados cuando no hay indicaciones objetivas o deficiencias en la salud normal.
- Cuidados Quiroprácticos a menos que sean provistos específicamente por el Plan o acupuntura;
- Servicios, suministros, medicamentos, pruebas o Tratamientos prescritos, realizados o proporcionados por un Familiar o un Familiar Directo;
- Equipo médico duradero;
- Dientes postizos, dentaduras postizas, aparatos dentales, gastos dentales, pruebas de oído o auditivas, audífonos, implantes auditivos, refracción ocular, exámenes oculares para prescribir lentes correctivos o anteojos a menos que sean ocasionados por Lesiones Accidentales, anteojos, lentes de contacto o cirugía ocular cuando el objetivo primario es corregir miopía, hipermetropía o astigmatismo;
- Reemplazo de extremidades, ojos, laringe y aparatos ortopédicos;
- Cuidado de Custodia, Cuidado Educativo o de Rehabilitación o cualquier tratamiento en cualquier establecimiento para el cuidado de ancianos;
- Terapia vocacional, ocupacional, del sueño, del habla, recreativa o musical;
- Embarazo, a menos de que sea un Embarazo Cubierto, y Enfermedades o complicaciones del Embarazo, parto, aborto, aborto involuntario incluyendo el derivado de un Accidente, cuidado posnatal, prevención de la concepción o el parto, inseminación artificial, infertilidad, impotencia, disfunción sexual, esterilización o reversión de esta;
- Apnea del sueño u otros desórdenes del sueño;
- Trastorno Mental y Nervioso a menos de que sea provisto específicamente en el Plan, Cura de Sueño, problemas de aprendizaje, trastornos de actitud o problemas de disciplina;
- Anomalías y condiciones congénitas que surjan o resulten de lo anterior;
- Articulación temporomandibular;
- Enfermedades ocupacionales;
- Exposición a radiaciones nucleares no médicas o material radioactivo;
- Enfermedades de transmisión sexual, enfermedades venéreas y condiciones y cualquier consecuencia de estas;
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH);
- Trasplantes de órganos o tejidos humanos;
- Programas de ejercicios ya sean prescritos o recomendados por un Médico o terapeuta;
- Programas de reducción de peso o Tratamiento quirúrgico para la obesidad incluidos, pero no limitados a, inmovilización dental y cualquier tipo de Cirugía de bypass;
- Cirugía cosmética o plástica incluyendo tabique nasal desviado; modificaciones del cuerpo físico con la intención de mejorar el bienestar psicológico, mental o emocional incluidos, pero no limitados a, Cirugía de cambio de sexo;
- Acné, lunares, marcas en la piel, enfermedad de las glándulas sebáceas, seborrea, quiste sebáceo, enfermedad no especificada de las glándulas sebáceas, condiciones hipertróficas y atróficas de la piel, nevus;
- Actividades de Riesgo a menos de que Usted adquiera cobertura opcional de actividades de riesgo y solo para las actividades cubiertas por esta Cobertura Opcional – Actividades de Riesgo;
- Lesiones que se prolongan durante la participación en Actividades Deportivas profesionales, Actividades Deportivas amateur o Actividades Deportivas intercolegiales o interescolares a menos de que estén específicamente provistas en el Plan, incluidas, pero no limitadas a, eventos, juegos, partidos, prácticas, campamentos de entrenamiento, campamentos deportivos, acondicionamiento y cualquier otra actividad relacionada con ello, excluyendo actividades no competitivas, recreativas o intramuros;
- Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras participa en una actividad atlética patrocinada o sancionada por la Asociación Nacional de Atletismo Colegial (y/o cualquier otro organismo colegiado de sanción o cuerpo regulador), o el Comité Olímpico Internacional;
- Abuso, uso indebido, uso ilegal, uso excesivo, dependencia de o estar bajo los efectos de alcohol, drogas, químicos o agentes narcóticos a menos de que se administre siguiendo las indicaciones de un Médico y sean administradas siguiendo la dosis adecuada indicada por el Médico;
- Suicidio o cualquier intento de suicidio; autodestrucción o cualquier intento de autodestrucción o cualquier lesión o enfermedad auto infligida de manera intencional;
- Actividad Terrorista, excepto lo dispuesto en la Sección Terrorismo, Guerra, Hostilidades u Operaciones de Guerra;
- Comisión de una ofensa criminal o cualquier otra actividad criminal o ilegal según lo definido por el organismo gobernante local;
- Usted incumple injustificadamente o se niega a abandonar un país o ubicación después de la fecha en la que el gobierno de Estados Unidos haya emitido una advertencia para abandonar ese país o ubicación, o advertencias similares emitidas por otras autoridades capacitadas del País Anfitrión o su País de Residencia;
- Servicio militar, naval, guardacostas o servicio aéreo de cualquier país mientras está de servicio como miembro de alguna fuerza o autoridad policial;
- Tratamiento pagado o provisto bajo cualquier otra póliza individual, de gobierno o de grupo o Gastos incurridos sin costo para Usted;
- Mientras usted se encuentra en su País de Residencia a menos de que esté cubierto bajo Extensión de Beneficios en País de Residencia o Viajes Incidentales al País de Residencia;
- Condiciones por las que se realizó un viaje con el fin de buscar Tratamiento después de que su Médico ha limitado o restringido el viaje;
- Alojamiento de viaje;
- Lesiones sufridas mientras Usted viaja como piloto, estudiante para piloto, operador o miembro de la tripulación dentro, bajando o subiendo de cualquier tipo de aeronave;
- Lesiones sufridas mientras viaja como pasajero en cualquier aeronave que (i) no posea Certificado de Aeronavegabilidad vigente y válido y (ii) no pilotada por una persona que posea certificado de competencia vigente y válido para pilotar dicha aeronave;
- Volar en cualquier aeronave utilizada para acrobacias, carreras, pruebas de resistencia, aeronaves propulsadas por cohetes, fumigación, extinción de incendios, inspección de tuberías o líneas eléctricas, cualquier forma de caza o pastoreo, fotografía aérea, remolque de pancartas o cualquier propósito experimental; y
- Participar en concursos de velocidad o conducción, o conducir en cualquier tipo de competencia;
- Pérdida de la vida;
- Incapacidad a largo plazo;
- Garantía financiera, incumplimiento financiero, bancarrota o riesgo de insolvencia;
- Cargos por cuidado prenatal, parto, cuidado posnatal y cuidado de Recién Nacidos, a menos que sean por un Embarazo Cubierto;
- Lesión sufrida o Incapacidad debida total o parcialmente por los efectos del licor intoxicante o drogas que no sean drogas tomadas de acuerdo con la dosificación adecuada según lo indicado por un médico;
- Lesiones sufridas como resultado de la operación de un Vehículo Motorizado sin la debida licencia para hacerlo en la jurisdicción en la que tiene lugar el accidente en Vehículo Motorizado.

# Liaison® Student

Planes de Seguros de Salud Especializados para Estudiantes,  
Cuerpo Docente, Becados y sus Familias

Límite de responsabilidad: Este folleto corresponde a un breve resumen de beneficios y servicios. No corresponde al documento de su plan. Si existe cualquier diferencia entre este folleto y el documento de su plan, prevalecerán las disposiciones establecidas en éste último. Los beneficios y primas, se encuentran sujetas a cambios.

©Seven Corners, Inc.

Liaison® es una marca registrada de Seven Corners, Inc.

Seven Corners® es una marca registrada de Seven Corners, Inc.



**Seven Corners, Inc.**  
303 Congressional Boulevard. Carmel, IN 46032 USA  
800.335.0611 or 317.575.2652  
[www.sevencorners.com](http://www.sevencorners.com)