ISI ADVANTAGE℠

Seguro de Salud para Estudiantes Internacionales

¡Comprometidos contigo!

Asegurado por SiriusPoint Speciality Insurance Corporation. Con calificación A- (excelente) de A.M. Best y A- de Standard & Poor's. Gestionado por IMG® (International Medical Group®)

ISI INTERNATIONAL STUDENT INSURANCE

Contenido

Buscando tratamiento 3

Información General 4

Reclamos 5

Beneficios de la póliza 6

Precio de la Póliza 11

Exclusiones de la Póliza 12

Aviso

Para obtener más información sobre este plan, visite https://www.internationalstudentinsurance.com/isi-advantage

Conserve este resumen como una breve descripción de las características importantes del plan. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de la cobertura se establecen en el Plan que se le emitió. Para obtener una descripción detallada del plan, exclusiones y limitaciones, consulte el certificado de seguro en línea (ISI Advantage Standard Plan, ISI Advantage Platinum Plan). El certificado contiene una descripción completa de todos los términos, condiciones y exclusiones del plan de seguro suscrito por Sirius Specialty Insurance Corporation. La Póliza prevalecerá en caso de cualquier discrepancia entre este Folleto y la Póliza..

Nota: Este seguro no está sujeto a la PPACA ni proporciona los beneficios requeridos por esta ley. El 1 de enero de 2014, la PPACA exige que los ciudadanos estadounidenses, los nacionales estadounidenses y los extranjeros residentes obtengan una cobertura de seguro que cumpla con la PPACA, a menos que estén exentos de la PPACA. Se pueden imponer sanciones a las personas que deben mantener una cobertura que cumpla con la PPACA pero no lo hacen.

La elegibilidad para comprar o renovar este producto, o sus términos y condiciones, puede modificarse o enmendarse en función de los cambios en la ley aplicable, incluida la PPACA. Tenga en cuenta que es su responsabilidad determinar si la PPACA le aplica a usted y la Compañía e IMG no tendrán ninguna responsabilidad, incluidas las sanciones en las que pueda incurrir, por no obtener la cobertura requerida que cumpla con la PPACA.

Declaración de privacidad

Sabemos que su privacidad es importante para usted y nos esforzamos por proteger la confidencialidad de su información personal no pública. No divulgamos ninguna información personal no pública sobre nuestros asegurados o ex asegurados a nadie, excepto según lo permita o requiera la ley. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento adecuadas para garantizar la seguridad de su información personal no pública. Puede obtener una copia detallada de nuestra política de privacidad llamándonos al (877) 758-4391 o visitándonos en https://www.internationalstudentinsurance.com

Buscando
Tratamiento

Atención en el campus
Los servicios de salud escolares en el campus están disponibles para la mayoría de los usuarios. El centro de salud del campus ofrece servicios limitados sin costo o a bajo costo para los estudiantes. Para otros servicios, los estudiantes deben pagar por adelantado y luego presentar un reclamo de reembolso por parte del seguro. Comuníquese con el centro de salud de su campus para obtener más detalles.

Atención no urgente
Para recibir atención inmediata en situaciones que no sean de emergencia, DEBE acudir a una clínica sin cita previa (walk-in clinic), a un centro de atención de urgencia (urgent care) o a un médico local. Las clínicas de atención de urgencia y sin cita previa son a menudo los mejores lugares para buscar atención médica, ya que puede ingresar directamente y no requieren cita previa.

NO DEBES ir a la Sala de Emergencias (ER) para este tipo de atención, a menos que sea una situación de emergencia real.

Atención de emergencia
La Sala de Emergencias (ER) está diseñada para emergencias médicas. Si necesita atención de emergencia por cualquier motivo, diríjase a la sala de emergencias (ER) más cercana o llame a los servicios de emergencia (911 en EE. UU.) para recibir tratamiento inmediato.

Medicamentos prescritos
Las recetas deben surtirse en cualquier farmacia disponible y pagarse por adelantado directamente a la farmacia. Guarde copias de todos sus recibos y la receta y envíelos al equipo de reclamos, junto con un formulario de reclamo completo para su procesamiento.

Doctores/Hospitales
En EE. UU., este plan incluye una red de profesionales médicos, incluidos médicos y hospitales, conocida como Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Esta PPO está disponible a través de UnitedHealthcare Network.

UnitedHealthcare®

Si necesita consultar a un médico o visitar un hospital, debe utilizar un proveedor de PPO. Si bien se le permite visitar a cualquier proveedor de su elección, si utiliza un médico o centro de PPO, puede pagar menos dinero de su bolsillo y los reclamos se enviarán al equipo de reclamos para su procesamiento.

Fuera de EE. UU., puede visitar cualquier proveedor de su elección.

Telemedicina
Usted es libre de utilizar cualquier proveedor de telemedicina de su elección para buscar atención médica. Pague al proveedor directamente y guarde copias de todos sus recibos y envíelos al equipo de reclamos para su procesamiento y reembolso según las condiciones y exclusiones de la póliza del plan.

Algunos proveedores de telemedicina populares son:

- Teladoc
- MeMD
- MDLive

Información
General

Registro
La inscripción y los formularios de cumplimiento del seguro se pueden realizar a través de nuestro sitio web en:

www.InternationalStudentInsurance.com
Toll Free (877) 758-4391
Direct +1 (904) 758-4391

Zona de Estudiantes
Una vez que hayas adquirido la cobertura, podrás gestionar tu póliza en línea. A través de tu Zona de Estudiantes, podrá extender o renovar su plan, realizar un seguimiento de las reclamaciones, localizar un médico/hospital y descargar copias de su tarjeta de identificación de seguro y carta de visa.

Tu zona de estudiantes está disponible en:
InternationalStudentInsurance.com/student-zone/

Cancelación/Reembolsos
Puedes cancelar tu póliza y recibir un reembolso completo siempre que recibamos una notificación por escrito antes de la fecha de inicio de vigencia de su certificado, o dentro de los 5 días posteriores al inicio del plan. Después del período de revisión de 5 días de su póliza, se aplicará un cargo de cancelación de $50 y se le reembolsarán los meses completos no utilizados. No es posible realizar reembolsos si se presentan reclamos contra la póliza.

Tarjeta de identificación
Una vez que estés inscrito en el plan, recibirás un correo electrónico con todos los documentos de tu póliza y una copia de tu tarjeta de identificación del seguro en PDF. ¡Lleva tu tarjeta contigo en todo momento! Necesitarás tu tarjeta cuando visites el centro de salud, el consultorio médico, la atención de urgencia, el hospital o la farmacia.

Eligibilidad
Si una Persona Asegurada no es elegible, este Certificado será nulo desde el principio y se reembolsará toda la Prima pagada. Para ser elegible y calificar para la cobertura de este seguro, una persona debe cumplir con todos los siguientes requisitos:

1. Ser un Participante activo, Cónyuge del Participante o Hijos que viajan con el Participante y residen fuera de su País de Residencia principal por un período temporal. Si el País de Destino es Estados Unidos, la Persona Asegurada debe tener uno de los siguientes tipos de visa: F1/F2, J1/J2, M1/M2 o A1/A2.
2. Tener al menos treinta y un (31) días de edad pero aún no haber cumplido sesenta y cinco (65) años.
3. Completar y firmar una Solicitud como Persona asegurada (o figurar en ella como solicitante y Persona asegurada propuesta) y/o como Cónyuge y/o Hijo de la Persona asegurada.
4. En la Fecha de Entrada en Vigor y en las fechas de renovación posteriores, residir física y legalmente en el País de Destino con la intención de residir allí durante al menos treinta (30) días.
5. Pague la prima requerida en o antes de la fecha de vigencia de la cobertura
6. Recibir la aceptación por escrito de su Solicitud o renovación por parte de la Compañía

Términos de Cobertura

Fecha Efectiva del participante del plan.
La cobertura entra en vigencia a las 12:01 a. m., hora del este de EE. UU., en la fecha solicitada en la solicitud.

Fecha de Terminación del participante del plan.
La cobertura finaliza a las 12:01 a. m., hora del este de EE. UU., del día siguiente al final del período de cobertura por el cual la prima se ha pagado en su totalidad.

Plazo Máximo de Cobertura
El período máximo de cobertura total para cualquier Persona Cubierta no puede exceder los 365 días por período de póliza. La cobertura es renovable por hasta sesenta (60) meses.

Reclamos

Reclamos dentro de la red

Cuando busques atención médica dentro de la re UnitedHealthcare en los EE. UU., el proveedor médico enviará sus reclamos electrónicamente para su procesamiento. Aún deberá seguir estos pasos para que sus reclamos se procesen y paguen:

1. Descarga un formulario de reclamo de la Zona de Estudiantes.
2. Completa el formulario de reclamo con todos los detalles sobre tu lesión/enfermedad. Deberás completar un nuevo formulario para cada nueva lesión/enfermedad. Si tu visita se debió a un accidente, también deberás completar el cuestionario de accidentes.
3. Para mejorar la experiencia del usuario, la comunicación y la eficiencia, te recomendamos enviar su reclamo en línea a través de MyIMG. Si bien la mayoría de los productos IMG están disponibles para el envío de reclamaciones en línea, continúa utilizando formularios y envíos postales para todos los demás productos. Puedes enviar tu formulario de reclamo a:

IMG® (International Medical Group®)
P.O.Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA
customercare@imglobal.com

Reclamos fuera de la red

Si buscas atención médica de un proveedor que está fuera de la red de proveedores del plan o fuera de los EE. UU., no podrán enviar sus facturas directamente. Deberá seguir estos pasos para procesar y pagar sus reclamos:

1. Si buscas atención médica de un proveedor que está fuera de la red de proveedores del plan o fuera de los EE. UU., no podrán enviar sus facturas directamente. Deberá seguir estos pasos para procesar y pagar sus reclamos:
2. Completa el formulario de reclamo con todos los detalles sobre tu lesión/enfermedad. Deberás completar un nuevo formulario para cada nueva lesión/enfermedad. Si tu visita se debió a un accidente, también deberás completar el cuestionario de accidentes.
3. Adjunta copias de tus facturas, recibos, cargos de laboratorio y recetas.
4. Para mejorar la experiencia del usuario, la comunicación y la eficiencia, te recomendamos enviar su reclamo en línea a través de MyIMG. Si bien la mayoría de los productos IMG están disponibles para el envío de reclamaciones en línea, continúa utilizando formularios y envíos postales para todos los demás productos. Puedes enviar tu formulario de reclamo a

   IMG® (International Medical Group®)
   P.O.Box 240429, Apple Valley, MN 55124 USA
   customercare@imglobal.com

Explicación de Beneficios

Una vez que hayas enviado todos tus datos, recibirás una Explicación de beneficios (EOB) que muestra lo que pagó la compañía de seguros y cuál es tu responsabilidad de pagar. Si existe alguna responsabilidad del paciente, deberás pagar este monto directamente al proveedor médico del que buscaste atención médica.

Si tienes alguna pregunta sobre el proceso de reclamos, comunícate con nuestro equipo para obtener asistencia y soporte:

info@internationalstudentinsurance.com
Toll Free (877) 758-4391
Direct +1 (904) 758-4391

Beneficios
de la póliza

	Standard Plan	Platinum Plan
Período de coberture del certificado	Límite máximo de 365 días	Límite máximo de 365 días
Máximo de por vida	$500,000 - Estudiante $100,000 - Dependiente (cónyuge/hijo)	$1,000,000 - Estudiante $100,000 - Dependiente (cónyuge/hijo)
Máximo por enfermedad/lesión	$300,000 - Estudiante $100,000 - Dependiente (cónyuge/hijo)	$500,000 - Estudiante $100,000 - Dependiente (cónyuge/hijo)
	Los límites por Enfermedad o Lesión se acumulan hasta el Límite Máximo.	
Área de cobertura	En todo el mundo, excluyendo el país de residencia de la persona asegurada	
	Deducible para gastos médicos elegibles	
Deducible Por lesión o enfermedad	$100	$25 - Dentro de EE. UU. (Red PPO) $50 - Dentro de EE.UU. $25 - Fuera de EE.UU.
Copago del centro de salud para estudiantes No sujeto a Deducible Coseguro 100%	$5 por visita	$5 por visita
	Coseguro para gastos médicos elegibles Además del deducible	
Coaseguro Tratamiento fuera de EE. UU.	El plan paga el 100% El asegurado paga 0%	El plan paga el 100% El asegurado paga 0%
Coaseguro Tratamiento dentro de EE. UU.	Dentro de la red: El plan paga el 100% El asegurado paga 0% Fuera de la red: El plan paga el 80% El asegurado paga el 20%	Dentro de la red: El plan paga el 100% El asegurado paga 0% Fuera de la red: El plan paga el 80% El asegurado paga el 20%

	Precertificación/Condiciones Preexistentes	
Precertificación	• Traslado en ambulancia entre instalaciones: No hay cobertura si no se cumplen los requisitos de certificación previa. • Evacuación Médica de Emergencia: No hay cobertura si no es aprobada por la Compañía. Consulte al servicio de Urgencias Médicas. Provisión de EVACUACIÓN para requisitos y cobertura completos. • Maternidad: Reducción del 50% de los Gastos Médicos Elegibles si no se cumplen los requisitos de Precertificación. • Todos los demás tratamientos y suministros: reducción del 50 % de los gastos médicos elegibles si no se cumplen los requisitos de certificación previa. • El deducible se toma después de la reducción. • El coseguro se aplica al resto del monto reducido. • Consulte la disposición REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN PREVIA para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación previa.	
Condiciones preexistentes	Los cargos quedan excluidos hasta que la Persona Asegurada haya mantenido 12 meses de cobertura continua bajo este seguro.	Los cargos quedan excluidos hasta que la Persona Asegurada haya mantenido 6 meses de cobertura continua bajo este seguro.
	Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios Sujeto a deducible y coseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los habituales, razonables y habituales. Límites por período de cobertura a menos que se indique como límite máximo	
Gastos médicos elegibles	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Visita al médico/ especialista	Hasta el límite del Período de Cobertura Visitas Máximo por día: 1 La cirugía no está sujeta al límite máximo de visitas.	
Sala de emergencias	Hasta el límite del Período de Cobertura Lesión: No sujeta al deducible de la sala de emergencias Enfermedad: Sujeto a un Deducible de $250 por cada visita a la Sala de Emergencias para Tratamiento que no resulte en una admisión hospitalaria directa.	
Hospitalización/ habitación y comida	Hasta el límite del Período de Cobertura Precio medio de una habitación semiprivada Incluye enfermería, servicios varios y auxiliares.	
Cuidados Intensivos	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Quimioterapia / Radioterapia	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Laboratorio	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Radiology/X-Ray	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Quimioterapia / Radioterapia	Hasta el límite del Período de Cobertura	

Pruebas pre-admisión	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Cirugía	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Cirugía reconstructiva	Hasta el límite del Período de Cobertura La cirugía es incidental o sigue a una cirugía que estaba cubierta por el plan	
Cirujano asistente	Hasta el límite del Período de Cobertura 20% de los honorarios elegibles del cirujano primario	
Anestesia	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Atención de maternidad y recién nacidos	Sin cobertura	Límite máximo de $5,000 Atención prenatal, parto de un recién nacido y atención posnatal de una Persona asegurada, incluidas las complicaciones Cuidados de rutina del recién nacido durante los primeros 31 días de vida
Equipo médico duradero	Hasta el límite del Período de Cobertura	
Atención quiropráctica	Hasta el límite del Período de Cobertura Se requiere orden médica o plan de tratamiento	
Fisioterapia	Hasta el límite del Período de Cobertura Visitas Máximo por día: 1 Se requiere orden médica o plan de tratamiento	
Centro de atención extendida	Hasta el límite del Período de Cobertura Tras el traslado directo desde el hospital de cuidados intensivos	
Atención de enfermería a domicilio	Hasta el límite del Período de Cobertura Proporcionado por una agencia de atención médica domiciliaria Tras el traslado directo desde el hospital de cuidados intensivos	
	Medicamentos y medicamentos recetados Sujeto a deducible y coseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los habituales y razonables Límites por período de cobertura	
Medicamentos recetados	$250,000 per person - Primary Insured $100,000 per person - Spouse/Child Medicamentos recetados en Cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios, sala de emergencias y visitas al consultorio para pacientes ambulatorios: hasta el límite del período de cobertura Medicamentos y medicamentos recetados en farmacia minorista: cobertura del 50 %, máximo de dispensación en 90 días	

	Salud Mental o Nerviosa / Abuso de Sustancias Sujeto a deducible y coseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los habituales, razonables y habituales. Límites por período de cobertura a menos que se indique como límite máximo	
Hospitalización por salud mental o nerviosa / Abuso de sustancias	Límite máximo de $10,000 No hay cobertura en el Centro de Salud Estudiantil	
Visita ambulatoria de salud mental o nerviosa / Abuso de sustancias	Límite máximo de $500, límite máximo de $50 por día No hay cobertura en el Centro de Salud Estudiantil	
	Servicios de emergencia NO sujeto a deducible ni coseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los habituales y razonables. Límites por período de cobertura a menos que se indique como límite máximo	
Ambulancia local de emergencia	Límite del período de cobertura de $350 por lesión Límite del período de cobertura de $350 por enfermedad (que resulte en una hospitalización)	Límite del período de cobertura de $750 por lesión Límite del período de cobertura de $750 por enfermedad (que resulte en una hospitalización)
Evacuación médica de emergencia	Límite máximo de $500,000 Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Empresa.	
Reunión de emergencia	Límite máximo de $50,000 Días Máximos: 15 Máximo para comida por día: $25 Gastos de viaje y alojamiento razonables y necesarios. Debe ser aprobado previamente por la Compañía.	
Traslado en ambulancia entre instalaciones	Hasta el límite del Período de Cobertura Hasta el límite por lesión o enfermedad Servicios prestados en los Estados Unidos El traslado debe ser el resultado de una admisión hospitalaria.	
Evacuación política y repatriación	Límite máximo de $10,000 Debe ser aprobado previamente y coordinado por la Empresa.	
Regreso de Restos Mortales	$50,000 Maximum Limit Local Burial / Cremation at place of death Maximum Limit: $5,000 Return of Insured Person's Mortal Remains to Country of Residence Must be approved in advance by the Company	
Repatriación para tratamiento médico	Límite máximo de $100,000	

	Otros servicios Sujeto a deducible y coseguro a menos que se indique lo contrario Los gastos médicos elegibles se limitan a los habituales, razonables y habituales. Límites por período de cobertura a menos que se indique como límite máximo
Muerte accidental y desmembramiento	$25,000 Suma Principal - Persona Asegurada $10,000 Suma Principal - Cónyuge $5,000 Suma Principal - Hijo No sujeto a deducible ni coaseguro La muerte debe ocurrir dentro de los 90 días posteriores al accidente. Desmembramiento: Vista de 1 ojo - 50% Suma Principal 1 mano o 1 pie - 50% Suma Principal 1 mano y pérdida de visión de 1 ojo - 100% Suma principal 1 pie y pérdida de visión de 1 ojo - 100% Suma principal 1 mano y 1 pie - 100% Suma Principal Ambas manos o ambos pies - 100% Suma Principal Vista de ambos ojos - 100% Suma Principal
Tratamiento Dental	Límite del período de cobertura: $350 (Tratamiento por dolor inesperado en dientes sanos y naturales) Límite del período de cobertura por lesión: $500 (Tratamiento que no es de emergencia en un proveedor dental debido a un accidente)
Lesión dental traumática	Hasta el límite del Período de Cobertura Tratamiento en un centro hospitalario debido a un accidente El tratamiento adicional por la misma lesión brindado por un proveedor dental se pagará al 100%.
Viaje incidental	Hasta el límite del Período de Cobertura Días máximos: 14 El país de residencia está fuera de los Estados Unidos. Consulte la disposición sobre VIAJE INCIDENTAL para obtener más detalles.
Deportes intercolegiales, interescolares, intramuros y de clubes	Límite del período de cobertura de $5,000 por enfermedad o lesión
Responsabilidad personal	Límite máximo combinado de $10,000. Lesión a una tercera persona: deducible de $100 por lesión. Daños a la propiedad de un tercero: $100 por deducible de daños. Secundario a cualquier otro seguro No hay cobertura por lesiones a un tercero emparentado o daños a la propiedad de un tercero emparentado Consulte la disposición de RESPONSABILIDAD PERSONAL para obtener más detalles y requisitos.
Terrorismo	Límite máximo de $50,000 No sujeto a deducible ni coaseguro

Toda la cobertura y los beneficios del plan están en dólares estadounidenses (EE.UU.). Los beneficios están sujetos a exclusiones y limitaciones y se pagan únicamente según los cargos habituales, razonables y habituales. Este es un resumen de una selección de beneficios del plan que se ofrece solo como ilustración y no reemplaza de ninguna manera el Certificado de seguro y los documentos de la póliza que lo rigen (en conjunto, el "Contrato de seguro"). El Contrato de Seguro es la única fuente de los beneficios reales proporcionados.

- Esta tabla es un resumen de los beneficios del plan; para obtener detalles completos y el texto de la póliza, consulte y descargue una copia de la descripción de la cobertura.

    - ISI Advantage Standard Plan
    - ISI Advantage Platinum Plan

- Usted será responsable de todos los gastos de bolsillo que excedan los beneficios de la póliza de seguro según las limitaciones contenidas en la Tabla de beneficios de gastos médicos.

Precios
de la póliza

Plan Standard

En todo el mundo, incluido EE. UU.
Tarifas mensuales

	Estudiante	Cónyuge	Hijo/a
Menores de 19 años	$72	$377	$90
19-23 años	$94	$377	$90
24-30 años	$110	$418	$90
31-40 años	$198	$557	$90
41-50 años	$321	$575	$90
51-64 años	$429	$557	$90

En todo el mundo, incluido EE. UU.
Tarifas mensuales

	Estudiante	Cónyuge	Hijo/a
Menores de 19 años	$56	$329	$68
19-23 años	$63	$329	$68
24-30 años	$83	$359	$68
31-40 años	$126	$479	$68
41-50 años	$204	$491	$68
51-64 años	$272	$479	$68
Cobertura adicional opcional			

- Deportes de aventura: límite máximo de hasta $50,000
- Visite nuestro sitio web para realizar una cotización y obtener más información.

Para conocer las tarifas diarias y realizar una cotización gratuita, visite nuestro sitio web:
https://www.internationalstudentinsurance.com/espanol/student-health-advantage/aplique/

Plan Platinum

En todo el mundo, incluido EE. UU.

Tarifas mensuales

	Estudiante	Cónyuge	Hijo/a
Menores de 19 años	$219	$1,169	$248
19-23 años	$288	$1,169	$248
24-30 años	$333	$1,291	$248
31-40 años	$597	$1,719	$248
41-50 años	$976	$1,777	$248
51-64 años	$1,303	$1,719	$248

Worldwide, excluding the USA

Monthly rates

	Estudiante	Cónyuge	Hijo/a
Menores de 19 años	$173	$1,017	$187
19-23 años	$191	$1,017	$187
24-30 años	$251	$1,112	$187
31-40 años	$275	$1,482	$187
41-50 años	$619	$1,522	$187
51-64 años	$820	$1,482	$187

Cobertura adicional opcional

- Deportes de aventura: límite máximo de hasta $50,000
- Visite nuestro sitio web para realizar una cotización y obtener más información.

Para conocer las tarifas diarias y realizar una cotización gratuita, visite nuestro sitio web:
https://www.internationalstudentinsurance.com/espanol/student-health-advantage/aplique/

Exclusiones
de la póliza

Excepto lo expresamente mencionado en el RESUMEN DE BENEFICIOS, todos los Cargos, costos, gastos y/o reclamos incurridos por la Persona Asegurada, y cualquier reclamación por beneficios por muerte o desmembramiento, y directa o indirectamente relacionados con o que surjan o resulten de o en conexión con cualquiera de los siguientes actos, omisiones, eventos, condiciones, Cargos, consecuencias, reclamos, Tratamientos (incluidos diagnósticos, consultas, pruebas, exámenes y evaluaciones relacionados con los mismos), servicios y/o suministros están expresamente excluidos de la cobertura bajo este seguro, y La Compañía no proporcionará beneficios ni reembolsos y no tendrá responsabilidad u obligación por ninguna cobertura del mismo o por lo siguiente:

1. SANCIONES ECONÓMICAS: La Compañía no cubrirá a ninguna persona como Persona Asegurada si dicha cobertura resultaría en que la Compañía estuviera expuesta a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones, leyes o regulaciones comerciales o económicas de la Unión Europea. , Reino Unido o los Estados Unidos de América.
2. GUERRA; ACCIÓN MILITAR: La Compañía no será responsable y no brindará cobertura o beneficios por ningún reclamo o Cargo incurrido con respecto a cualquier Enfermedad, Lesión, muerte y desmembramiento, u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuido por, o rastreable a, o que surja o incurrido en conexión con o como resultado de cualquiera de los siguientes actos o sucesos:
   a) guerra, invasión, acto de hostilidades enemigas extranjeras, operaciones bélicas (ya sea declarada o no la guerra) o guerra civildisturbio
   b) motín, disturbio, huelga, levantamiento militar o popular, insurrección, insurgencia, rebelión, revolución, poder militar o usurpado
   c) cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas a derrocar por la fuerza al Gobierno de jure o de facto o a influir en él mediante violencia de cualquier tipo.
   d) ey marcial o estado de sitio o cualquier evento o causa que determine la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio
   e) cualquier uso de armas radiológicas, químicas, nucleares o biológicas o cualquier otro evento radiológico, químico, nuclear o biológico de cualquier tipo (incluso en relación con un acto de Terrorismo).
   f)

   Cualquier reclamación, Cargos, Enfermedad, Lesión u otra consecuencia que ocurra o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o de otro tipo), ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, o contribuida por, rastreable a o que surja en relación con, cualquiera de dichos sucesos se considerará una consecuencia de la cual la Compañía no será responsable según la Póliza Maestra o este Certificado, excepto en la medida en que la Persona Asegurada demuestre que dicho reclamo, Cargos, Enfermedad , lesión u otra consecuencia ocurrió independientemente de la existencia de tales condiciones y/o sucesos anormales.
3. TERRORISMO: La Compañía no será responsable y no proporcionará cobertura o beneficios que excedan el monto mostrado en el RESUMEN DE BENEFICIOS por cualquier reclamo o Cargo, Enfermedad, Lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuido por, rastreable a o que surja en conexión con cualquier acto de terrorismo. Además, la Compañía no será responsable y no proporcionará ninguna cobertura o beneficio por ningún reclamo, Cargos, Enfermedad, Lesión u otra consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, ratreable a o que surja en relación con lo siguiente:
   a) la planificación, coordinación o participación activa y voluntaria de la Persona Asegurada en cualquier acto de Terrorismo
   b) cualquier acto de Terrorismo que tenga lugar en un lugar, puesto, área, territorio o país para el cual se haya emitido o esté vigente una Advertencia de Viaje o Aviso de Viaje de Emergencia en o dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de llegada de la Persona Asegurada a dicho ubicación, puesto, área, territorio o país.
   c) cualquier acto de Terrorismo que tenga lugar en un lugar, puesto, área, territorio o país para el cual una Advertencia de Viaje o Aviso de Viaje de Emergencia entre en vigor o esté en vigor a partir de la fecha de llegada de la Persona Asegurada a dicho lugar, puesto, área, territorio o país, y la Persona Asegurada injustificadamente incumple o se niega a prestar atención a dicha advertencia y posteriormente permanece en dicho lugar, puesto, área, territorio o país.
4. CONDICIONES PREEXISTENTES: Los cargos que resulten directa o indirectamente de o estén relacionados con cualquier Condición Preexistente (ya sea física o

mental, independientemente de la causa de la condición) están excluidos de la cobertura bajo este seguro hasta que la Persona Asegurada haya mantenido la cobertura bajo este plan de seguro continuamente durante al menos seis (6) o doce (12) meses, según el plan seleccionado.

5. CUIDADO DE MATERNIDAD Y RECIÉN NACIDO:
   a) Plan Standard: Todos los cargos por atención prenatal, parto, atención posnatal y atención de Recién Nacidos, incluidas las complicaciones del Embarazo, aborto espontáneo, complicaciones del parto y/o de los Recién Nacidos, el Embarazo es resultado de la fertilización in vitro (FIV).), la inseminación artificial o la concepción fue consecuencia directa de la infertilidad. Quedan excluidos de este seguro los tratamientos recibidos por el Asegurado, el Cónyuge del Asegurado o el padre del Recién Nacido.
   b) Plan Platinum - Quedan excluidos de este seguro los cargos por atención prenatal, parto, atención postnatal y atención al Recién Nacido:
      i) cuando la concepción ocurrió antes de la Fecha de Vigencia de la Cobertura; y/o
      ii) el Embarazo no es resultado de Inseminación Natural
      iii) el Embarazo es resultado de fertilización in vitro (FIV), inseminación artificial o Tratamiento de infertilidad por parte de la Persona Asegurada, el Cónyuge de la Persona Asegurada o el padre del Recién Nacido
      iv) cargos incurridos por un recién nacido o un niño después del alta del hospital por una enfermedad o lesión continua o posterior que sea consecuencia de la fertilización in vitro (FIV) Embarazo, inseminación artificial o infertilidad Tratamiento por parte de la persona asegurada, el cónyuge de la persona asegurada o el padre del recién nacido
6. CUIDADO PREVENTIVO: Los cargos por exámenes físicos de rutina y vacunas están excluidos de la cobertura de este seguro.
7. Cargos por cualquier Tratamiento o suministros que sean:
   a) no incurrido, obtenido o recibido por una Persona Asegurada durante el Período de Cobertura
   b) no presentado a la Compañía para el pago mediante una Prueba de Reclamo completa dentro de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha en que se incurre en dichos Cargos
   c) no administrado ni ordenado por un médico
   d) no Médicamente Necesario para el diagnóstico, atención o Tratamiento de la condición física o mental involucrada. Esto también se aplica cuando y si son prescritos, recomendados o aprobados por el Médico tratante.
   e) proporcionado sin costo alguno para la Persona Asegurada o por el cual la Persona Asegurada no es responsable de otro modo
   f) en exceso de lo habitual, razonable y acostumbrado
   g) relacionado con cuidados paliativos
   h) incurridos por una Persona Asegurada que era VIH + en o antes de la Fecha de Vigencia Inicial de este seguro, ya sea que la Persona Asegurada tuviera o no conocimiento de su estado de VIH antes de la Fecha de Vigencia, y si los Cargos se incurren o no en relación a o como resultado de dicho estado. Esta exclusión incluye Cargos por cualquier Tratamiento o suministros relacionados o que surjan o resulten directa o indirectamente del VIH, el virus del SIDA, una Enfermedad relacionada con el SIDA, el Síndrome ARC, el SIDA y/o cualquier otra Enfermedad que surja o resulte de cualquier complicación o consecuencia de cualquiera de las condiciones anteriores.
   i) proporcionado por o bajo la dirección o recomendación de un quiropráctico, a menos que lo ordene con anticipación un médico
   j) realizado o proporcionado por un Familiar de la Persona Asegurada
   k) no incluido expresamente en la disposición GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES
   l) proporcionado por una persona que reside o ha residido con la Persona Asegurada o en el domicilio de la Persona Asegurada
   m) requerido o recomendado como resultado de complicaciones o consecuencias que surjan o estén relacionadas con cualquier tratamiento, enfermedad, lesión o suministro recibido antes de la cobertura de este seguro o que esté excluido de la cobertura o que de otro modo no esté cubierto por este seguro
   n) para trastornos congénitos y condiciones que surjan o resulten de los mismos
8. Cargos incurridos por no asistir a una cita programada
9. Servicios de telesalud o telemedicina que no se consideran médicamente necesarios según lo determine la Compañía según el plan.
10. Cargos incurridos por cirugías, tratamientos o suministros que son de investigación, experimentales y con fines de investigación.
11. Cargos incurridos relacionados con medicina genética, pruebas genéticas, pruebas de vigilancia y/o procedimientos rutinarios de detección para condiciones genéticamente predispuestas indicadas por medicina genética o pruebas genéticas, que incluyen, entre otros, amniocentesis, medicamentos, terapia génica basada en vectores de virus adenoasociados recombinantes y otros tratamientos basados en medicamentos asociados con el diagnóstico relacionado con pruebas y descubrimiento genético, detección genética, evaluación de riesgos, cirugías preventivas y profilácticas recomendadas por pruebas genéticas y/o cualquier procedimiento utilizado para determinar la predisposición genética, proporcionar asesoramiento genético o la administración de terapia genética.
12. Cargos incurridos por pruebas que intentan medir aspectos de la capacidad mental, la inteligencia, la aptitud, la personalidad y el manejo del estrés de una Persona Asegurada. Dichas pruebas pueden incluir, entre otras, pruebas psicométricas, conductuales y educativas.
13. Cargos incurridos por cuidado de custodia

14. Cargos incurridos por atención educativa o de rehabilitación que se relacionen específicamente con la capacitación o reentrenamiento de una persona asegurada para funcionar de manera normal o casi normal. Dicha atención puede incluir, entre otros, capacitación laboral o vocacional, asesoramiento, terapia ocupacional y terapia del habla.
15. Cargos por modificación de peso o cualquier tratamiento de obesidad para pacientes hospitalizados, ambulatorios, quirúrgicos o de otro tipo (incluida, entre otras, la obesidad mórbida), incluido, entre otros, el cableado de los dientes y todas las formas o procedimientos de cirugía bariátrica bajo cualquier nombre, o su reversión, incluyendo sin limitación: bypass intestinal, bypass gástrico, banda gástrica, gastroplastia vertical con banda, derivación biliopancreática, cruce duodenal o reducción o grapado del estómago
16. Cargos por modificación del cuerpo físico con el fin de cambiar o mejorar o intentar cambiar o mejorar la apariencia física o el bienestar psicológico, mental o emocional de la Persona Asegurada (tales como, entre otros, Cirugía de cambio de sexo o Cirugía relacionada con desempeño sexual o mejora del mismo)
17. Cargos o Tratamiento por razones cosméticas o estéticas, excepto Cirugía reconstructiva cuando dicha Cirugía es Médicamente Necesaria y está directamente relacionada con y/o sigue a una Cirugía que estaba cubierta por este seguro.
18. Cirugía o Tratamiento Electivo de cualquier tipo.
19. Cargos incurridos por cualquier Tratamiento o suministro que promueva o prevenga o intente promover o prevenir la concepción, la inseminación (natural o de otro tipo) o el nacimiento, incluidos, entre otros: inseminación artificial; anticonceptivos orales; Tratamiento para la infertilidad o impotencia; vasectomía o reversión de la vasectomía; esterilización; reversión de la esterilización; gestación subrogada o aborto.
20. Cargos incurridos por cualquier Tratamiento o suministro que promueva, mejore o corrija o intente promover, mejorar o corregir la impotencia o disfunción sexual.
21. Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras participa, practica o entrena para: Atletismo amateur; Atletismo Profesional; o actividades deportivas patrocinadas por cualquier organismo rector o autoridad, incluidos, entre otros, la Asociación Nacional de Atletismo Colegiado, cualquier otro organismo colegiado sancionador o rector o el Comité Olímpico Internacional.
22. Cualquier Enfermedad o Lesión sufrida durante la participación en actividades designadas como Deportes de Aventura, las cuales se limitan a lo siguiente: rappel; BMX; trineo; puenting; barranquismo; espeleología; paseos en globo aerostático; tirolesa en la jungla; paracaidismo; paragliding; parascending; rappel; skydiving; spelunkig; y windsurf.
23. Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras participa en actividades designadas como deportes extremos, que incluyen, entre otros, los siguientes (e incluyen cualquier combinación o derivado de los siguientes): salto BASE; caza mayor; buceo en cuevas; salto desde acantilados; carreras y ciclismo de montaña cuesta abajo; esquí extremo; apnea; vuelo libre; carrera libre; esquí libre; scooter de estilo libre; deslizamiento; heliesquí; piragüismo sobre hielo; escalada en hielo; kitesurf; artes marciales mixtas; motocross; carreras de motos; rally de motor; montañismo por encima de una elevación de 4500 metros desde el nivel del suelo; parkour; pilotar una aeronave comercial o no comercial; powerboking; buceo o actividades submarinas por debajo de los 40 metros de profundidad; carreras de motos de nieve; carreras de camiones; kayak en rápidos o rafting en rápidos Clase VI y dificultad superior; y volando con traje de alas.
24. Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras practica esquí en la nieve, snowboard o motociclismo de nieve donde la Persona Asegurada infringe las leyes, normas o reglamentos aplicables de una estación de esquí, fuera de los límites o en áreas no marcadas o no patrulladas.
25. Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras practicaba esquí de travesía.
26. Cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la práctica del esquí fuera de pista.
27. Cualquier Enfermedad o Lesión sufrida durante la participación en actividades deportivas o recreativas donde la Persona Asegurada no esté física o médicamente apta o no tenga las calificaciones necesarias para participar en dichas actividades.
28. Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras participa en deportes de colisión
29. Cualquier enfermedad o lesión sufrida durante la participación en cualquier actividad deportiva, recreativa o de aventura cuando dicha actividad se lleve a cabo en contra del consejo o dirección de cualquier autoridad local o de cualquier instructor calificado o en contra de las reglas, recomendaciones y procedimientos de un organismo rector reconocido para el deporte o actividad.
30. Cualquier enfermedad o lesión sufrida mientras participa en cualquier actividad donde dicha actividad se realiza sin tener en cuenta o en contra de las recomendaciones, programas de tratamiento o consejos médicos de un médico u otro proveedor de atención médica.
31. Cualquier lesión o enfermedad sufrida como resultado de estar bajo la influencia o debida total o parcialmente a los efectos del alcohol, licor, sustancias intoxicantes, narcóticos o drogas que no sean drogas tomadas de acuerdo con el tratamiento prescrito y dirigido por un médico, pero no para el tratamiento del abuso de sustancias.
32. Cualquier lesión o enfermedad sufrida al operar un vehículo en movimiento después del consumo de bebidas alcohólicas o drogas que excedan el límite legal de sangre/alcohol aplicable, que no sean medicamentos tomados de acuerdo con el tratamiento prescrito y dirigido por un médico. Para efectos de esta exclusión, “vehículo” incluirá dispositivos motorizados independientemente de si se requiere o no una licencia de conductor u operador (incluidas embarcaciones y aeronaves) y bicicletas y scooters no motorizados para los cuales no se requiere permiso o licencia.
33. Cualquier lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente.
34. Cualquier enfermedad de transmisión sexual o venérea.

35. Cualquier prueba para lo siguiente cuando no sea médicamente necesaria: VIH, seropositividad al virus del SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, síndrome ARC, SIDA
36. Cualquier enfermedad o lesión que resulte o se produzca durante la comisión de una infracción de la ley por parte de la Persona asegurada, incluida, entre otras, la participación en una ocupación o acto ilegal, pero excluyendo infracciones de tráfico menores.
37. Biorretroalimentación, acupuntura, música, terapia ocupacional, recreativa, del sueño, del habla o vocacional.
38. Ortóptica, terapia visual o entrenamiento visual ocular.
39. Cualquier Enfermedad o Tratamiento no quirúrgico de los pies, incluidos, entre otros: zapatos ortopédicos; dispositivos ortopédicos recetados para sujetar o colocar en zapatos; Tratamiento de pies débiles, tensos, planos, inestables o desequilibrados; metatarsalgia, espolones óseos, dedos en martillo o juanetes; y cualquier Tratamiento o insumos para callos, callosidades o uñas de los pies; salvo que se establezca expresamente lo contrario.
40. Pérdida de cabello, incluidos, entre otros, pelucas, trasplantes de cabello o cualquier medicamento que prometa promover el crecimiento del cabello, ya sea recetado o no por un médico.
41. Cualquier trastorno del sueño, incluida, entre otras, la apnea del sueño.
42. Cualquier programa o equipo de ejercicio y/o acondicionamiento físico, ya sea recetado o recomendado por un médico o no.
43. Cualquier exposición a cualquier radiación nuclear o atómica no médica y/o materiales radiactivos.
44. Cualquier trasplante de órgano o tejido u otro trasplante o servicios, tratamientos o suministros relacionados.
45. Cualquier dispositivo artificial o mecánico diseñado para reemplazar órganos humanos de forma temporal o permanente después de la terminación del estado de paciente hospitalizado.
46. Cualquier esfuerzo para mantener vivo a un donante para un procedimiento de trasplante.
47. Cualquier Enfermedad o Lesión incurrida en el País de Destino, Área Afectada o País de Residencia como resultado de una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, Epidemia, Pandemia, otro brote de enfermedad o Desastre Natural, que pueda afectar la salud de una Persona Asegurada, a menos que la cobertura está expresamente previsto en la prestación EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA de este seguro. Esta exclusión NO se aplica a los Cargos resultantes de COVID-19/SARS-CoV-2.
48. Cargos incurridos por anteojos, lentes de contacto, audífonos o implantes auditivos y Cargos por cualquier tratamiento, suministro, examen o adaptación relacionados con estos dispositivos, o por refracción ocular por cualquier motivo.
49. Cargos incurridos por cirugía ocular, como, entre otros, queratotomía radial, cuando el objetivo principal es corregir o intentar corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.
50. Cargos incurridos por tratamiento o suministros para la articulación temporomandibular (ATM), incluidos, entre otros, síndrome de ATM, síndrome craneomandibular, dolor crónico de ATM, cirugía ortognática, cirugía de Le-Fort o férulas.
51. Gastos incurridos en el País de Residencia de la Persona Asegurada, salvo disposición expresa en contrario en este seguro
52. Cargos incurridos por cualquier viaje, comidas, transporte y/o alojamiento, excepto que se establezca expresamente lo contrario en este seguro.
53. Cargos o gastos incurridos por medicamentos, medicinas, vitaminas, extractos de alimentos o suplementos nutricionales sin receta; Terapia intravenosa con vitaminas o hierbas; medicamentos o medicamentos no aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) o que se consideran de uso “no autorizado”; y para drogas o medicamentos no recetados por un Médico.
54. Cualquier tratamiento para una enfermedad o lesión que requiera un producto, servicios, cirugía, procedimiento quirúrgico, medicamento recetado, medicamento, producto biológico, equipo médico duradero (DME) o dispositivo no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) cuando se requiere una autorización de uso de emergencia (EUA) está vigente y es emitida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA)
55. Cargos y todos los costos relacionados con o que surjan de o en conexión con todos los viajes al País de Destino realizados con el propósito de asegurar Tratamiento o suministros médicos
56. Cargos incurridos por el tratamiento dental, excepto lo dispuesto específicamente a continuación
57. Desgaste de los dientes debido a las caries y a masticar o morder objetos duros, como, entre otros, lápices, cubitos de hielo, nueces, palomitas de maíz y caramelos duros.
58. Lesión Dental sin lesión asociada en cara, cráneo, cuello y/o mandíbula o que pueda ser evaluada y tratada en un consultorio dental
59. Tratamiento dental para servicios que brindan mantenimiento del cuidado bucal, incluida la reparación de dientes mediante empastes, endodoncias, extracción de dientes y radiografías.
60. Cargos por el tratamiento de una enfermedad o lesión cuyo pago se realiza o está disponible a través de una ley de compensación laboral o una ley similar
61. Cargos incurridos por terapia de masaje.
62. Cargos incurridos en un hospital o centro cuando la persona asegurada se retira en contra del consejo médico de su médico o se va antes de alcanzar un punto final de tratamiento especificado y médicamente necesario.
63. Cargos incurridos por el empeoramiento de una enfermedad o lesión después de que la persona asegurada abandonó un hospital o centro en contra del consejo médico o fue dado de alta en contra del consejo médico

64. Muerte o Desmembramiento Accidental cuando la muerte o desmembramiento de la Persona Asegurada sea causada directa o indirectamente por, resulte o exista contribución de cualquiera de los siguientes:
    a) dolencia corporal o mental, enfermedad o dolencia
    b) Infección, distinta de la infección que ocurre simultáneamente con la Lesión accidental y como resultado directo de ella.

65. Gastos y comisiones bancarias a cargo del Asegurado