



CONTRATO DE ASEGURAMIENTO

AMFIRST LIFE INSURANCE COMPANY, I.I.

(Denominada en lo sucesivo la Compañía) promete pagarle a Usted, el Asegurado, los beneficios proveídos por este Certificado de Gastos Médicos lo usual y acostumbrado de los cargos incurridos hasta los límites indicados en la Tabla de Beneficios. Todos los beneficios están sujetos al Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Sección de Trasplante de Órganos, Definiciones, Provisiones, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas y cualquier Enmienda o Endorso (si existe alguno). La versión en inglés será la oficial y los términos de la versión en inglés mantendrán el control.

CONSIDERACION

El pago de la Prima inicial no constituye la aceptación automática de la Solicitud, ni la admisión al Seguro. La aceptación de un Solicitante está sujeta al criterio de la evaluación de riesgo de la Compañía. En caso de que la Solicitud sea rechazada, la responsabilidad de la Compañía se limita a una notificación escrita al Solicitante y el reembolso total de la Prima pagada. Este Certificado será emitido, si es aceptado, por la presentación de la Solicitud y el pago de la Prima inicial. Las Primas deben ser pagadas en (USD) dólares americanos.

COMIENZO DE COBERTURA

La cobertura de Seguro comienza después de que la Solicitud y la Prima han sido recibidos y aceptados y el Certificado de Cobertura ha sido emitido por la Compañía.

DERECHO A DEVOLVER LA POLIZA EN DIEZ DIAS

Si por alguna razón Usted no está satisfecho con este Certificado, Usted puede regresarlo a Morgan White Administrators International, Inc., (denominado en lo sucesivo el Administrador) dentro de los primeros diez (10) días después de recibirlo. Usted deberá regresarlo al Administrador por correo electrónico o al agente que se lo vendió. Entonces la Compañía le reembolsará cualquier Prima pagada y el Certificado será considerado Nulo, como si no se hubiera emitido.

FECHA DE VIGENCIA

Este Certificado comienza a las 12:01 a.m. hora standard de su residencia en la Fecha de Vigencia mostrada en el Certificado de Seguro. Termina sujeto al Periodo de Gracia, a las 12:01 a.m. en la fecha en que cualquier Prima de renovación se deba.

INFORMACION IMPORTANTE SOBRE LAS DECLARACIONES EN LA SOLICITUD

Por favor, lea la copia de la Solicitud la cual es parte de este Certificado. Revise si cualquier información médica ha sido omitida. Escriba al Administrador dentro de un plazo de diez (10) días si cualquier información aparece incorrecta o incompleta. La Compañía no puede distinguir entre omisiones intencionales y/o involuntarias. Como consecuencia, cualquier error u omisión de cualquier naturaleza podría causar la Rescisión del Certificado o la cancelación de los beneficios asignados al Asegurado bajo este Certificado. Este Certificado es emitido sobre las bases de que las respuestas a todas las preguntas están correctas y completas. cualquier omisión o declaración incorrecta podría causar la negación de una reclamación que de otra forma sería válida.

Esta póliza está firmada para nosotros por nuestro Secretario y Presidente

Rick Eaton
Secretario

David White
Presidente

ORGANIZADA BAJO EL CAPITULO 61 DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO. NINGUNA COBERTURA EMITIDA POR ESTA ASEGURADORA ESTA PROTEGIDA POR NINGUNA GARANTIA O FONDO DE INSOLVENCIA EN PUERTO RICO.

THE NEW AMERICAN PLAN TABLA DE BENEFICIOS

Cobertura	Mundial- Este Certificado pagará por gastos médicos incurridos basado en cargos Usuales, Razonables, y Acostumbrados, menos el Deducible y Coaseguro, si aplica, en el país donde el tratamiento ocurra.
Elegibilidad	Hasta los 74 años de edad.
Monto Asegurado	Hasta USD 4,000,000 de cargos incurridos por Asegurado, por Año Certificado.
Deducibles	USD 500; USD 1,000; USD 2,000; USD 3,000; USD 5,000; USD 10,000; USD 20,000 El Deducible seleccionado se aplicará por Asegurado, por Año Certificado con un máximo de dos Deducibles por Año Certificado, si hay más de un Asegurado en este Certificado. Para beneficios de cobertura de maternidad el deducible debe ser de USD 3,000 o menor. Una reducción del 50% del deducible seleccionado, para hospitalizaciones en el país de residencia.
Coaseguro	Se aplica un Coaseguro de cincuenta (50%) por ciento, por Asegurado, por tratamiento prestado fuera de un Hospital de la Red
Periodo de Espera	Treinta (30) días-Excepto en casos de Accidente y de Enfermedades Contagiosas Transmisibles.
	Período de Espera puede ser eliminado si una póliza internacional estuvo en vigor por un período de doce (12) meses y está activa por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de Vigencia de este Certificado. <i>Los cargos cubiertos que surjan durante esta exención se limitaran al menor de los beneficios proporcionados por la póliza anterior o este Certificado.</i>
	Maternidad: Diez (10) meses para cobertura de Maternidad. <i>(Este Periodo de Espera no se elimina, aunque exista una póliza Internacional con anterioridad a esta cobertura)</i>
Coberturas de Hospitalización (Todas las Coberturas son por Asegurado, por Año Certificado)	
	Limites
Habitación Privada y Comidas <i>(Todo Incluido)</i>	USD 500/ 150 días
Habitación Privada y Comidas si es admitido en un Hospital Súper Especial <i>(Todo Incluido)</i>	100% URC
Cuidados Intensivos <i>fuera de la red hospitalaria o país de residencia (URC todo Incluido)</i>	USD 2,500 por día /60 días
Cuidados Intensivos en un Hospital Súper Especial o en el país de residencia <i>(Todo Incluido)</i>	100% URC /90 días
Honorarios médicos, Diálisis, pruebas de diagnóstico, (Laboratorios, Rayos-X), medicamentos y materiales utilizados y prescritos mientras el Asegurado está registrado como paciente en un Hospital.	100% URC
Honorarios del cirujano asistente.	Pagado al 20% URC de los honorarios del cirujano
Coberturas Ambulatorias (Por Asegurado, por Año Certificado)	
	Limites
Cirugía que se realiza fuera de un Hospital Súper Especial o en el país de residencia <i>(Todo Incluido)</i>	USD 20,000 por Año Certificado
Cirugía que se realiza dentro de un Hospital Súper Especial y Pre-Certificada por el Administrador <i>(Todo Incluido)</i>	100% URC
Todos los gastos incurridos por cualquier otro servicio ambulatorio prestado	Hasta USD 6,000 por Asegurado, por Año Certificado
Chequeo Anual de Salud (para el Asegurado Principal y su cónyuge solamente, después del primer aniversario del Certificado) <i>(Todo Incluido)</i>	USD 400/ 1 Chequeo Anual No aplica deducible
Cobertura de Maternidad (Todo Incluido) (Todas las Coberturas son por Asegurado, por Año Certificado)	
	Limites
El costo de parto vaginal o cesárea electiva, incluyendo consultas prenatales, y cuidado postnatal	USD 4,000 por embarazo
Cesárea médicamente necesaria, incluyendo consultas prenatales, y cuidado postnatal	USD 8,000 por embarazo
El costo de complicaciones médicas relacionadas con una maternidad y parto cubiertos por un máximo de seis (6) semanas después del parto. <i>(Este beneficio aplica para la madre solamente)</i>	USD 30,000 por embarazo <i>(Cargos Incurridos)</i>
NO SE APLICARÁ DEDUCIBLE POR LOS CARGOS DE MATERNIDAD EN LOS CERTIFICADOS CON DEDUCIBLE DE HASTA USD 1,000. La madre y el padre deben estar Asegurados en este Certificado, por lo menos diez (10) meses para tener derecho a la cobertura de Maternidad. Para cobertura de maternidad el deducible debe ser de \$3,000 o menor.	
Cobertura para el Recién Nacido (Todas las Coberturas son por Recien Nacido, por Año Certificado)	
Los Recién Nacidos deberán ser adicionados al Certificado dentro de un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de nacimiento. <i>(Ver Provisiones y Definiciones para la documentación requerida)</i>	

Condiciones Congénitas (Todas las Coberturas son por Recién Nacido, por Año Certificado)		Límites
El costo de tratamientos relacionados con defectos del nacimiento, trastornos congénitos, enfermedades congénitas, enfermedades perinatales, condiciones hereditarias y nacimiento prematuro complicaciones durante los primeros treinta y un (31) días si nace bajo una Maternidad cubierta. <i>(Todo Incluido)</i>		USD 10,000 de por vida <i>(Gastos Incurridos)</i>
El costo de tratamientos relacionados con defectos del nacimiento, trastornos congénitos, enfermedades congénitas, enfermedades perinatales, condiciones hereditarias y nacimiento prematuro complicaciones después de los primeros treinta y un (31) días. <i>(Todo Incluido)</i>		USD 100,000 de por vida <i>(Cargos Incurridos)</i>
Defectos Congénitos, enfermedades y trastornos hereditarios que se manifiesta y diagnostican después del cumpleaños dieciocho (18) del Asegurado y mientras dicho Asegurado está cubierto bajo este Certificado, serán cubiertos como cualquier otra enfermedad.		
Radiación y Quimioterapia para Tratamiento de Cáncer (Hospitalización o Ambulatorio) (Todas las Coberturas son por Asegurado, por Año Certificado)		Límites
Administrado en una de las facilidades aprobadas por el Administrador dentro de la red de cáncer <i>(Todo Incluido)</i>		100% URC
Administrado fuera de una de las facilidades aprobadas por el Administrador <i>(Todo Incluido)</i>		USD 4,000 por mes/USD 40,000 Máximo
Otros Beneficios (Todas las Coberturas son por Asegurado, por Año Certificado)		Límites
Cuidado de Enfermera en el Hogar <i>(Ver Provisiones y Definiciones para detalles)</i>		USD 250/ 30 días
Cirugía Reconstructiva <i>(Pacientes internados o ambulatorios) (Medicamento necesaria) (Ver Provisiones y Definiciones para detalles)</i>		USD 10,000 de por vida <i>(Gastos Incurridos)</i>
Deportes/Actividades de Alto Riesgo		USD 25,000 de por vida <i>(Cargos Incurridos)</i>
Trasplante de Órganos <i>(Ver Sección de Trasplante de Organos para coberturas, montos específicos y detalles)</i>		USD 300,000 de por vida <i>(Cargos Incurridos)</i>
Transporte Terrestre de Emergencia <i>(Ver Provisiones y Definiciones para detalles)</i>		100% URC
Transporte Aéreo de Emergencia <i>(Ver Provisiones y Definiciones para detalles)</i>		USD 40,000
Repatriación de Restos Mortales <i>(Ver Provisiones y Definiciones para detalles)</i>		100% URC
Perdida de Uso- Si el Asegurado producto de un Accidente pierde el uso de: (1) Una mano o ambas; (2) Un pie o ambos; (3) Un brazo o ambos; (4) Una pierna o ambas; (5) La visión de ambos ojos.		USD 2,000 por mes/ Max 36 meses

SECCION DE TRASPLANTE DE ORGANOS

Sección de Beneficio Máximo:

Este Certificado pagará el cien (100%) por ciento de los Cargos Cubiertos bajo esta Sección de Trasplante de Órganos, incurridos, necesaria y razonablemente. **TODOS LOS CARGOS Y SERVICIOS DE TRASPLANTE CUBIERTOS ESTAN SUJETOS A Y NO ADICIONALMENTE A LAS SUMAS MAXIMAS ASEGURADAS QUE SE MUESTRAN EN LA TABLA DE BENEFICIOS, TANTO EL BENEFICIO POR ASEGURADO POR AÑO CERTIFICADO COMO DE POR VIDA Y ESTAN SUJETOS A UNA LIMITACION DE \$300,000 POR ASEGURADO DE POR VIDA**, menos cualquier Deducible y Coaseguro, si aplican, por los siguientes servicios de trasplante cubiertos

Procedimientos de Trasplante Cubiertos:

Cualquiera de los siguientes Trasplantes de Órganos y tejidos humanos medicamente necesarios:	Corazón; Corazón/ Pulmón; Pulmón; Hígado; Páncreas; Riñón/Páncreas; Riñón.
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Servicios de Trasplante Cubiertos: TODOS LOS CARGOS Y SERVICIOS DE TRASPLANTE CUBIERTOS ESTAN SUJETOS A Y NO ADICIONALMENTE A LAS SUMAS MAXIMAS ASEGURADAS QUE SE MUESTRAN EN LA TABLA DE BENEFICIOS, TANTO EL BENEFICIO POR ASEGURADO POR AÑO CERTIFICADO COMO DE POR VIDA Y ESTAN SUJETOS A UNA LIMITACION DE \$300,000 POR ASEGURADO DE POR VIDA.

1. Servicios hospitalarios y ambulatorios.
2. Servicios médicos para diagnóstico, tratamiento, y cirugía para Procedimiento de Trasplante Cubierto.
3. Servicios Diagnósticos.
4. Obtención de un órgano o tejido, Servicios Cubiertos están limitados a gastos de la adquisición en sí.
5. Costos de transporte razonable y necesario para viaje relacionado con el procedimiento de Trasplante Cubierto para el receptor del trasplante y un acompañante.
6. Si el receptor es un menor, los costos de transporte para dos acompañantes pueden ser cubiertos.
7. Alojamiento razonable y necesario, y gastos de comidas incurridos por el receptor y su acompañante, relacionados con el Procedimiento de Trasplante Cubierto.
8. El alquiler de Equipo Médico Duradero para uso fuera del Hospital.
(Los cargos cubiertos están limitados al precio de compra del mismo equipo).
9. Prescripciones facultativas, incluyendo drogas inmuno supresoras.
10. Oxígeno.
11. Terapia del habla, Terapia Ocupacional, Terapia Física, y Quimioterapia.
12. Vendas quirúrgicas y suministros.

Los Beneficios se pagan de la siguiente forma: TODOS LOS CARGOS Y SERVICIOS DE TRASPLANTE CUBIERTOS ESTAN SUJETOS A Y NO ADICIONALMENTE A LAS SUMAS MAXIMAS ASEGURADAS QUE SE MUESTRAN EN LA TABLA DE BENEFICIOS, TANTO EL BENEFICIO POR ASEGURADO POR AÑO CERTIFICADO COMO DE POR VIDA Y ESTAN SUJETOS A UNA LIMITACION DE \$300,000 POR ASEGURADO DE POR VIDA.

En una facilidad de Trasplante aprobada:	Cien (100%) por ciento de los Cargos Cubiertos para Servicios de Trasplante Cubiertos en una Institución de Trasplante aprobada, con respecto al tipo de Procedimiento de Trasplante Cubierto realizado. Sin embargo, los límites cubiertos y los beneficios pagados en ningún momento podrán exceder los Beneficios Máximos de la Sección de Trasplante de Órganos.
En una facilidad no-aprobada:	No cobertura

Para facilidades de Trasplante aprobadas contacte a:
Morgan White Administrators International Inc.
 75 Valencia Avenue, Suite 801
 Coral Gables, FL 33134 USA
 Teléfono #: (305) 442-0899
 Fax #: (305) 442-0961

Sección de Beneficio Máximo: TODOS LOS CARGOS Y SERVICIOS DE TRASPLANTE CUBIERTOS ESTAN SUJETOS A Y NO ADICIONALMENTE A LAS SUMAS MAXIMAS ASEGURADAS QUE SE MUESTRAN EN LA TABLA DE BENEFICIOS, TANTO EL BENEFICIO POR ASEGURADO POR AÑO CERTIFICADO COMO DE POR VIDA Y ESTAN SUJETOS A UNA LIMITACION DE \$300,000 POR ASEGURADO DE POR VIDA.

Transporte/Alojamiento/Comidas	- Máximo de USD 200 por día, para alojamiento y comidas por procedimiento de Trasplante cubierto. - Sin exceder un máximo de USD 10,000 por todos los servicios cubiertos de alojamiento y comidas por procedimiento de Trasplante cubierto.
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Obtención de Órganos:

Los pagos de la Compañía por gastos de obtener el órgano o tejido de un donante no excederán las siguientes cantidades máximas por Procedimiento de Trasplante Cubierto:	
Corazón	USD 17,500
Corazón/Pulmón	USD 17,500
Pulmón	USD 17,500
Hígado	USD 22,500
Páncreas	USD 25,000
Riñón/Páncreas	USD 25,000
Riñón	USD 10,000

Máximo por todos los servicios de Trasplante Cubiertos:

1. El monto total en (USD) que la Compañía pagará por todos los Servicios de Trasplante Cubiertos será de USD 300,000 por Asegurado, incluyendo los procedimientos de Trasplante Cubiertos bajo este contrato o cualquier contrato o Certificado para Trasplante de Órganos o tejidos humanos de la Compañía, ya sea anterior o sucesivo.
2. Las cantidades máximas mostradas para transporte/ alojamiento/comidas/obtención del órgano, están incluidas y se descuentan de este Monto Máximo en todos los servicios de Trasplante Cubiertos.
3. Los límites de la Sección de Beneficios Máximos serán aplicables solamente después que todo el Deducible y el Coaseguro hayan sido agotados.

Limites:

- Si un procedimiento de trasplante no se realiza según lo programado debido a la condición médica o el fallecimiento del receptor, los Beneficios del Trasplante Cubierto serán pagados hasta que:
- a) El receptor fallece, o
 - b) La fecha en que el Médico tratante del receptor decida no realizar el procedimiento.

Manejo del Caso:

El Administrador puede aprobar la continuación de las necesidades de cuidado del Asegurado y discutir con el Medico del Asegurado los medios alternativos de atención médica, menos costosos. La Cobertura se proveerá para alternativas menos costosas, aun si dicho método alternativo no esté específicamente establecido como cubierto bajo este Certificado. El Coaseguro y las cantidades máximas contenidas en este Certificado se aplicarán al cuidado alternativo. No existe penalidad si el Asegurado o el Medico no aceptan el cuidado alternativo.

PROVISIONES

AUTORIDAD

Ningún agente, corredor de seguros o persona alguna, tiene autoridad para cambiar el Certificado o eliminar ninguna de sus provisiones. Ningún cambio en el Certificado será válido a menos que esté aprobado por escrito por la Compañía o el Administrador y dicha aprobación este endosada en el Certificado o mediante Enmienda firmada por un oficial del Administrador.

COMIENZO DE LOS BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos son pagaderos en la Fecha de Vigencia indicada en el Certificado de Seguro, para costos de cualquier condición médica que resulte de Accidente o Enfermedad Contagiosa Trasmisible. Ningún beneficio pagará los costos de cualquier otra condición médica que se manifieste dentro de treinta (30) días a partir de la Fecha de Vigencia del Certificado. La Compañía puede elegir eliminar esta provisión mediante una Enmienda al Certificado de Seguro, si existía una póliza de seguro médico internacional valida con otra compañía para la persona asegurada por un año continuo, que termine no más de treinta (30) días inmediatamente antes de la Fecha de Vigencia de ese Certificado. Esto está sujeto al recibo del Certificado original anterior y verificación por escrito de la fecha de terminación de la póliza anterior de la compañía previa. Los beneficios pagaderos bajo esta provisión del Certificado estarán limitados a lo menor de los beneficios proveídos por este Certificado o el Certificado anterior.

ELIGIBILIDAD

Las personas y Su Dependiente (s) menor (es) de setenta y cinco (74) años de edad, son elegibles para este Seguro. Este Seguro no está disponible a ningún residente permanente de los Estados Unidos de América. Esta póliza no ha sido registrada ni aprobada por ninguna autoridad reguladora de seguros en los Estados Unidos de América y no sigue las normas de seguros de salud de USA.

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Cuando la Solicitud y la Prima inicial son recibidas por el Administrador, hasta la fecha en que el Certificado es emitido, o treinta (30) días a partir de la fecha que el Administrador recibe la Solicitud, lo que suceda primero, la Compañía acuerda asegurar a todos los propuestos Asegurados para los gastos médicos incurridos que resulten de una lesión corporal Accidental, hasta un beneficio máximo de veinticinco mil (USD 25,000) dólares por Certificado. Esta cobertura temporal por Accidente está sujeta y regulada por los respectivos términos, provisiones y exclusiones que serían aplicables si el Certificado hubiera estado en vigor en la fecha del Accidente del propuesto Asegurado. Este beneficio está sujeto al Deducible y al Coaseguro para el Seguro seleccionado por el propuesto Asegurado. Este beneficio no aplica si la Solicitud es rechazada por cualquier razón. Las lesiones sostenidas en un Accidente mientras la Solicitud está siendo evaluada, no puede ser la única razón para rechazar una Solicitud.

REPRESENTACION

El corredor o agente que vendió este Seguro es el representante del Asegurado y actúa a su favor y no a favor de la Compañía o Morgan White Administrators International, Inc. Ni la Compañía, ni Morgan White Administrators International, Inc., pueden ser considerados responsables de ninguna circunstancia si el corredor o agente que vendió este Seguro deja de transmitir o comunicar en el presente o en el futuro, cualquier documentación o fondos de Morgan White Administrators International, Inc., al Asegurado y/ cualquier documentación o fondos del Asegurado a Morgan White Administrators International, Inc.

MONTO DE COBERTURA

El máximo beneficio de este Certificado es el indicado bajo el monto de Cobertura en la Tabla de Beneficios. Bajo ninguna circunstancia, cualquier combinación de las prestaciones devengadas en virtud de este Seguro puede exceder la Suma Asegurada como se indica en la Tabla de Beneficios en cualquier Año Certificado.

SUBROGACION

En caso de que Usted incurra en gastos médicos como resultado de negligencia, acto indebido o responsabilidad de otra persona, la Compañía tiene el derecho a recuperar y ser reembolsada por cualquier pago de reclamación que se haya hecho a su favor, hasta que Usted haya recuperado el costo parcial o total de la tercera persona culpable por dichos gastos médicos. Este derecho es conocido como Subrogación. La Compañía tiene el derecho a proceder, asumiendo los costos, a nombre de la Persona asegurada, contra terceros que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo este Certificado, o que puedan ser responsables de proveer indemnización o beneficios similares a los de este Seguro. La Compañía tiene pleno derecho de Subrogación.

LEY GOBERNANTE

Cualquier asunto relacionado con la interpretación de este Certificado incluyendo cualquier asunto relacionado con la información del Asegurado en relación con la Solicitud o emisión de este Certificado, serán resueltas de acuerdo con las leyes contractuales del Estado de Mississippi.

ELIMINACION

Si cualquier provisión de este Certificado no fuera ejecutoria, dicha provisión será considerada eliminada de las provisiones remanentes de este Certificado y dichas provisiones remanentes estarán y permanecerán en plena validez y efecto.

CONDICIONES DE RENOVACION

Este Certificado es un contrato anual, el cual hasta su terminación, puede ser renovado, si no se ha emitido notificación de cancelación por parte de cualquiera de las partes al menos un mes antes de la fecha de renovación, la Prima antes de la fecha de vencimiento ha sido recibida por el Administrador y ninguna condición de este Certificado ha sido violada por el Asegurado.

El Administrador, por medio del corredor o el agente que le representa a Usted en Su País de Residencia, ofrecerán renovar este seguro a tarifas y términos prevalentes en esa fecha para la Clase correspondiente al Asegurado. Alternativamente, dicha oferta podría ser aceptada a través del pago de la Prima de renovación de acuerdo con los términos de este Seguro. Al recibo de la Prima de cada renovación, un nuevo Certificado de Cobertura será emitido como evidencia de que el Seguro está activo.

La Compañía dispone que ningún Asegurado deberá ser penalizado individualmente con la cancelación del Seguro o con incrementos de tarifas debido a un historial pobre de reclamaciones. Cualquier cancelación de Certificado o aumento de tarifa se hará solamente por Clase de Asegurado y no individualmente.

MATERNIDAD

Los beneficios de Maternidad solo aplicaran si la madre y el padre del recién nacido están ambos nombrados en el Certificado de Cobertura y para embarazos donde la fecha de nacimiento del recién nacido no es por lo menos doce (12) meses después de la Fecha de Vigencia del Certificado.

RECIEN NACIDO

El Recién Nacido estará cubierto automáticamente, durante los primeros cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de nacimiento, si nace bajo una Maternidad cubierta, durante este periodo la Compañía requiere que se provea el nombre legal del niño (s) y que se pague el monto correspondiente de Prima.

El Recién Nacido bajo una Maternidad no cubierta, deberá ser adicionado a la póliza dentro de un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de nacimiento, la Compañía requiere que se complete la forma de adición de dependiente y se pague el monto de prima correspondiente.

Si la Compañía no recibe la información requerida y la prima para adicionar al Recién Nacido bajo una maternidad cubierta o para adicionar al Recién Nacido bajo una maternidad no cubierta dentro del plazo de cuarenta y cinco días (45) días a partir de la fecha de nacimiento, la Cobertura para este niño quedará automáticamente cancelada.

CHEQUEO ANUAL DE SALUD

El Chequeo Anual de Salud está disponible después del primer Aniversario del Certificado para el Asegurado Principal y su cónyuge solamente. Un Chequeo Anual para cada Asegurado por Año Certificado. No se aplica el Deducible.

HONORARIOS DEL ASISTENTE MÉDICO Y ANESTESIOLOGO

Los honorarios del Médico que asiste al cirujano principal durante un procedimiento quirúrgico y los del Anestesiólogo por la administración de anestesia para control del dolor durante el procedimiento quirúrgico, están limitados al mayor de:

- a) 20 % de los Usual, Razonable y Acostumbrado de los honorarios del cirujano, o
- b) La tarifa especial establecida para el área o el país y aprobada por el Administrador.

La Compañía solo pagará por un máximo de un (1) Asistente Médico.

Los honorarios del Médico no son parte de los honorarios del Anestesiólogo, por lo que los honorarios del Anestesiólogo son pagados además de.

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA

La Cirugía Reconstructiva debe ser Medicamente Necesaria (ya sea mientras el Asegurado está hospitalizado o como procedimiento Ambulatorio) seguido de una cirugía cubierta o por una lesión accidental dentro de los doce (12) meses de ocurrida la lesión accidental o la cirugía cubierta. La Compañía se reserva el derecho de tomar la determinación final sobre si el procedimiento quirúrgico se considera reconstructivo o cosmético.

REPATRIACION DE RESTOS MORTALES

En el caso de fallecimiento del Asegurado fuera de Su País de Residencia, la Compañía pagará por la Repatriación de los Restos Mortales de la persona fallecida a Su País de Residencia si el fallecimiento, es el resultado de una condición cubierta bajo los términos de este Certificado. La cobertura está limitada solamente a los servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo de la persona fallecida y para transportarla a Su País de Residencia de Facto. Los arreglos deben ser coordinados con el Administrador.

GARANTIA DE PAGO Y PROCESO DE PRE-CERTIFICACION

Antes de una admisión o ingreso al Hospital, Usted debe Pre-Certificar su admisión o ingreso de la forma siguiente:

1. En caso de ingreso al Hospital, que no es de Emergencia, el Asegurado o el médico tratante que lo ingresa debe contactar al Administrador con un mínimo de quince (15) días antes del ingreso al Hospital para certificar la admisión basada en una necesidad médica probada. El Administrador debe recibir los archivos médicos completos por parte del médico tratante.
2. En caso de emergencia, el hospital al cual el Asegurado es ingresado debe contactar al Administrador dentro de cuarenta y ocho (48) horas de ingreso o admisión, sin importar que dicho individuo haya sido dado de alta o no.
3. En cualquier caso de hospitalización, el Administrador debe recibir un reporte médico que incluya el reporte de ingreso al Hospital, diagnóstico, tratamiento requerido y supuesta fecha del alta. De requerir cirugía, el Administrador necesitará los reportes del cirujano y del anesthesiólogo.
4. Cuando notificado por adelantado, el Administrador enviara una garantía de pago al Hospital de acuerdo a las condiciones del Certificado que Usted ha escogido. Entonces la Compañía pagará la reclamación directamente al Hospital. ***El incumplimiento de lo expuesto resultará en reducción de beneficios.*** (Ver Exclusión Especifica #39)
5. El Administrador se reserva el derecho de denegar cualquier precertificación cuando se haya puesto en manos del Administrador la suficiente información médica.

COORDINACION DE BENEFICIOS

El Asegurado no tiene derecho a recibir pagos duplicados de este Certificado además de otros proveídos bajo cualquier otro plan de seguro o beneficios. Cuando exista otra póliza que provee beneficios también cubiertos por este Certificado, todas las reclamaciones deberán ser hechas primeramente contra la otra póliza. Este Certificado solo entonces pagará beneficios, sin exceder el cien (100%) por ciento de la reclamación, cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido agotados. La Compañía tiene pleno derecho a Subrogación. Si la cobertura del seguro primario para una reclamación no llega a la cantidad del Deducible seleccionado de este Certificado, este Certificado no incurrirá en ninguna obligación de pago. Si por cualquier razón el seguro primario rechaza una reclamación, este Certificado no pagará ningún cargo hasta que el seguro primario asuma su responsabilidad.

NOTIFICACION DE CUALQUIER ATENCION MÉDICA

El Asegurado debe comunicarse con el Administrador al menos quince (15) días antes de cualquier ingreso hospitalario programado, de acuerdo con lo estipulado en la página ocho (8) de este documento relacionado al proceso de Pre-Certificación.

El Asegurado debe comunicarse con el Administrador al menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cirugía ambulatoria medicamente necesaria.

El Asegurado debe notificar al Administrador durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de una hospitalización debido a una emergencia, de acuerdo con lo estipulado en la página ocho (8) de este documento relacionado al proceso de Pre-Certificación.

Si el Asegurado dejara de comunicarse con el Administrador, será responsable del cuarenta (40%) por ciento de todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, relacionados con la reclamación, además del Deducible y del Coaseguro, si son aplicables.

PRESENTACION DE RECLAMACIONES

Las pruebas de perdidas deben ser enviadas al Administrador dentro de un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de ocurrida la perdida. La falta de someter prueba de una reclamación dentro de los ciento ochenta (180) días de su ocurrencia servirá para invalidar la reclamación. Los recibos originales desglosados y prueba de pago deben acompañar el formulario de reclamación del Administrador. Las fotocopias de recibos no son aceptables. El Asegurado deberá poner a disposición de la Compañía todos los archivos e informes médicos y cuando sea requerido deberá firmar todos los formularos de autorización necesarios para dar a la Compañía un historial médico completo. La negativa de Su Médico u Hospital de poner a la disposición de la Compañía todos los archivos y registros médicos podría causar que de otra manera una reclamación valida sea negada o que la reclamación sea cerrada debido a la nula o escasa respuesta de los Proveedores de Servicios médicos del Asegurado.

PAGO DE RECLAMACIONES

La Compañía hará todos los pagos de reclamaciones directamente al Asegurado. Si el Asegurado asignara los beneficios de este Certificado a algún Proveedor de Servicios, el pago será hecho directamente a ese proveedor. Dichos pagos se harán de acuerdo con los beneficios cubiertos bajo el Certificado. Ningún beneficio será pagadero si la evolución y el tratamiento de la condición médica por la cual se ha presentado la reclamación debido a una enfermedad o lesión, en la opinión de nuestro comité de peritos o consultores y de acuerdo con la bibliografía médica, no está respaldada por la información médica proporcionada.

La presentación de una reclamación fraudulenta será motivo de cancelación del Certificado por parte de la Compañía. Las reclamaciones recibidas en otra moneda que no sea (USD) dólares americanos, serán procesadas de acuerdo con la tasa de cambio determinada por el “Wall Street Journal”, en la fecha del pago de la reclamación. Lo indicado en el párrafo anterior no será aplicable a Venezuela.

EXAMENES FISICOS

La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión son las bases de una reclamación, cuando y tan a menudo como sea razonablemente requerido durante la tramitación de la reclamación. La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de requerir una autopsia, en caso de muerte, cuando no sea prohibido por la ley o prácticas religiosas.

SEGUNDA OPINION REQUERIDA

Si el Médico calificado ha recomendado que una Persona Asegurada se someta a un procedimiento que no es de Emergencia, la Compañía se reserva el derecho de requerir que el Asegurado se someta a una Segunda Opinión por la cual la Compañía pagará el cien (100%) por ciento de los costos. Los arreglos por dicha Segunda Opinión se pueden hacer directamente con el Administrador. En caso de que la Segunda Opinión no sea afirmativa, la Compañía también pagará por una tercera opinión. Si la segunda y tercera opinión confirma la necesidad del procedimiento, los beneficios del procedimiento serán pagados de acuerdo a la Tabla de Beneficios siempre que el procedimiento sea realizado por el Médico original.

Si la Compañía requiriera una Segunda Opinión y el procedimiento que no es de emergencia y es electivo es llevado a cabo sin antes obtener y confirmar la opinión, los beneficios por todos los costos relacionados con el procedimiento serán reducidos y podrían ser completamente denegados. Los beneficios serán pagados de acuerdo con lo establecido bajo el Certificado para aquellos procedimientos que no son de emergencia y cuando la confirmación de la Segunda Opinión sea obtenida.

PAGOS DEL BENEFICIO DE PERDIDA DE USO

El Beneficio mensual por Perdida de Uso será pagado por la Compañía a la Persona Asegurada, debido a una lesión accidental después de que la Persona Asegurada haya satisfecho el Periodo de Espera y el Periodo de Eliminación de noventa (90) días. El Beneficio mensual de Perdida de Uso no excederá el monto máximo por mes según se indica en la Tabla de Beneficios y dichos pagos no excederán el periodo de beneficio máximo de treinta y seis (36) meses.

RESOLUCION DE CONFLICTOS; SELECCIÓN DEL FORO; RENUNCIA AL DERECHO DE JURADO

Las partes acuerdan que todas y cada una de las disputas, reclamos, o controversias que surjan de, o estén relacionadas con este Certificado, o su supuesto incumplimiento, que no sean resueltos por las partes en el presente, se someterán única y exclusivamente a un tribunal de jurisdicción competente en el Condado de Madison, Mississippi (el "Foro exclusivo"). El Asegurado acepta la jurisdicción personal y exclusiva en el Foro Exclusivo para cualquier acción que surja de o esté relacionada de alguna manera con esta póliza, cualquier relación o transacción entre las partes, o reclamaciones derivadas de las mismas.

Por la presente, cada parte renuncia irrevocablemente a su derecho a un juicio por jurado en cualquier litigio o procedimiento que surja de esta póliza o de las operaciones relacionadas con el tema en cuestión.

Las partes acuerdan que todos y cada uno de los procesos en el Foro Exclusivo pueden ser atendidos mediante entrega personal, correo certificado u otro mensajero (a) a la Compañía en su domicilio y al Asegurado en la dirección más reciente que aparezca en los registros de la Compañía con los mismos efectos que si fuera notificado personalmente, enviado por correo certificado o por mensajería. Como condición previa a litigio, las partes acuerdan someter disputa a mediación que se llevara a cabo en el Condado de Madison, Mississippi o en cualquier otro lugar acordado por escrito por las partes dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes al hecho que dio lugar a la reclamación o controversia entre las dos partes. **La falta de notificación por parte del Asegurado a la Compañía dentro del plazo de un periodo de ciento ochenta (180) días liberará a la Compañía de toda responsabilidad por la disputa, reclamo o controversia.**

Para cualquier litigio entre las partes, la responsabilidad de la Compañía se limitará a los montos que se especifican en esta póliza, con dicho interés sobre el mismo, si lo hubiere. En ningún caso la Compañía será responsable por cualquier daño extracontractual, ya sea caracterizado, sin limitación, como daños consecuentes, ejemplares, punitivos o extracontractuales, por cualquier disputa, reclamo o controversia que surja de o relacionados con esta póliza.

PROTECCION CONTRA GASTOS MÉDICOS INNECESARIOS

Cuando la Compañía actúa bajo las recomendaciones del Administrador de no pagar por cuidado y servicios que los Médicos consultores del Administrador han decidido que eran medicamento innecesarios, es muy probable que el proveedor (Hospital, Médico, o ambos) traten de colectar la porción no pagada de la reclamación del Asegurado. Cuando esto sucede la Compañía no considerara al Asegurado responsable. No considerar al Asegurado responsable significa que si se determina en una corte legal que la decisión del Administrador es incorrecta, la Compañía asumirá la responsabilidad de pago del Asegurado por el cuidado médico disputado, menos el Deducible o Coaseguro y cargos no cubiertos bajo este Certificado.

REINSTALACION

El Certificado reinstalado cubrirá solo pérdidas que resulten de una lesión que es sostenida después de la fecha de Reinstalación y las pérdidas debido a una enfermedad que se manifiesten no menos de diez (10) días después de la fecha de Reinstalación. Ninguna Reinstalación será aceptada si es recibida por la Compañía noventa (90) días después de la fecha en que la renovación se debe. La Compañía se reserva el derecho de solicitar información médica y/o emitir cualquier enmienda/endorso que sea necesario o denegar la reinstalación.

BENEFICIO DE REDUCCION DE DEDUCIBLE

Su póliza tiene un monto de deducible según se muestra en el Certificado. Si todas las reclamaciones presentadas a la compañía para su póliza son acumulativamente menos que el monto de deducible de su póliza en cada año de póliza durante tres años consecutivos, el deducible de su póliza se reducirá en doscientos cincuenta (USD 250) dólares durante todos los años futuros en que su póliza se encuentre vigente. La reducción máxima del deducible proporcionada por este beneficio es de dos mil quinientos (USD 2,500) dólares. La reducción de doscientos cincuenta (USD 250) dólares solo está disponible cada tres años.

La reducción del deducible, si corresponde, entrará en vigor a partir de la fecha del primer aniversario del Certificado, después del 1ro de febrero del 2017. Cuando las reclamaciones presentadas para su póliza excedan acumulativamente el monto de deducible de la póliza por un año póliza, el período de tres años de calificación comenzará de nuevo en la siguiente fecha de aniversario del Certificado.

MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, por cualquier razón o cualquier causa, mientras esté vigente el Certificado, sus dependientes asegurados bajo la póliza podrían mantener la póliza y sus enmiendas en vigor sin tener que pagar cualquier prima adicional entre la fecha del fallecimiento del asegurado principal y la siguiente fecha de aniversario del Certificado. Las primas recibidas por la Compañía durante meses más allá del mes en que falleció el Asegurado Principal, serán reembolsadas al patrimonio del Asegurado Principal.

DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE:** Significa cualquier evento repentino e imprevisto causado por una causa externa que produce lesión o daño físico.
2. **ADMINISTRADOR:** Significa Morgan White Administrators International, Inc., la organización contratada por la Compañía para proveer suscripción, administración y servicios de pagos de reclamaciones bajo este Certificado.
3. **ALCOHOL Y ABUSO DE DROGAS:** Significa cualquier patrón de consumo patológico de Alcohol o Droga que causa deterioro en el funcionamiento social y laboral, o que produce dependencia fisiológica, evidenciada por tolerancia física o por síntomas físicos cuando se retira.
4. **AMBULANCIA AEREA:** Significa el vehículo Médico aéreo con personal médico entrenado.
5. **TODO INCLUIDO:** Significa que este beneficio no está relacionado a ningún otro beneficio en la Tabla de Beneficios. El beneficio máximo especificado es todo el que aplicará a ese beneficio y todos los cargos incurridos serán devengados sobre ese beneficio máximo estipulado.
6. **ENMIENDA:** Significa el documento o clausula adicionada al Certificado para clarificar, explicar o modificar las condiciones de la póliza.
7. **ANESTESIOLOGO:** Significa medico/doctor que se especializa en anestesiología o administra anestésicos.
8. **SOLICITANTE:** Significa la persona que somete la Solicitud para Cobertura.
9. **SOLICITUD:** Significa la forma de inscripción oficial del Administrador, la cual debe ser completada , firmada y fechada por cada Solicitante (o tutor legal del Solicitante que es un menor de edad) y todos los documentos que le acompañan en relación con la información para la evaluación de cada uno de los Solicitantes que aparecen en la Solicitud.
10. **APROBADO/ APROBACION:** Significa la determinación final del Administrador para emitir Cobertura con o sin exclusiones y/o incrementos del Deducible para la Persona Asegurada (s) , después que el Administrador ha recibido, revisado la Solicitud y solicitado toda la información para la evaluación.
11. **ASISTENTE MÉDICO/ CIRUJANO:** Asistente Médico/ Cirujano es el Médico/ Doctor que asiste en un procedimiento quirúrgico pro solo como Asistente de Cirujano si es Medicamento Necesario para esa operación.
12. **AÑO DEL CERTIFICADO:** Significa el periodo de doce (12) meses consecutivos comenzando en la Fecha de Vigencia del Certificado.
13. **CLASE:** Significa la caracterización de todos los Certificados del mismo tipo, incluyendo pero no limitado a: beneficios, Deducibles, fecha de comienzo del Certificado, edad, grupo, área geográfica o una combinación de todo.
14. **COMPAÑÍA:** Significa AmFirst Life Insurance Company, I.I., la organización que provee Cobertura bajo este Certificado.
15. **COMPLICACIONES DE EMBARAZO:** Significa cualquier o todas de las siguientes condiciones que se acentúan por, ocurren durante o causadas por el embarazo: nefritis aguda, nefritis, descompensación cardiaca, aborto retenido, hiperémesis gravídica, embarazo ectópico que se terminó, la cesárea no electiva, preeclampsia, diabetes gestacional, final espontáneo del embarazo que se produce cuando un nacimiento viable no es posible y otros problemas médicos de gravedad similar.
16. **COASEGURO:** Significa la porción de las facturas médicas que un Asegurado debe pagar cada Año del Certificado. El porcentaje de Coaseguro está especificado en cada Certificado.
17. **DESORDENES CONGENITOS Y HEREDITARIOS:** Significa cualquier desorden o enfermedad que existe al, o antes del nacimiento, independientemente de su causa, se manifieste o no, sea diagnosticada o no al nacer, o años después del nacimiento.
18. **CONSULTA o VISITA MEDICA:** Significa visitas o sesiones con un Médico/ Doctor o Proveedor de Servicios.

19. **ENFERMEDADES CONTAGIOSAS TRANSMISIBLES:** Significa enfermedades infectocontagiosas en las que el agente infeccioso causante puede pasar de persona a persona de forma directa o indirecta a través de objetos inanimados o vectores y con la capacidad de producir crisis epidemias o pandémicas; excluyendo las enfermedades de transmisión sexual.
20. **COBERTURA:** Significa los beneficios elegibles descritos en este Certificado, para los cuales la Persona Asegurada (s) es elegible para reembolso o para pagos por el tratamiento(s) de los servicios pagaderos directamente al Proveedor de Servicios por la Compañía.
21. **CARGOS CUBIERTOS:** Significa, a juicio de la Compañía los cargos por los Servicios Cubiertos que son pagaderos bajo los términos de contrato de este Certificado y que no son excesivos para los Servicios Cubiertos. Los pagos serán basados en una (1) o la combinación de las tarifas negociadas basadas en los servicios proveídos; una tarifas fija por día o servicios según detallados en la Tabla de Beneficios; lo Usual, Razonable y Acostumbrado permitido para proveedores similares que desempeñan Servicios Cubiertos similares, para reclamaciones incurridas en un Hospital de la Red y que son pagados directamente al Hospital por el Asegurado, los gastos serán reembolsados de acuerdo a las tarifas negociadas con el Hospital de la Red, pero el reembolso nunca excederá la cantidad real pagada por el Asegurado.
22. **SERVICIOS CUBIERTOS:** Significa Servicios por los que serán pagados beneficios, cuando son brindados por un proveedor que actúa dentro del campo de su licencia profesional. A fin de considerar un servicio como cubierto, los costos deben ser incurridos mientras su cobertura está vigente.
23. **CIRUGIA COSMETICA:** Significa una cirugía realizada para reformar estructuras normales del cuerpo, o corrección quirúrgica de un defecto físico, a fin de mejorar la apariencia y autoestima del paciente; la Compañía se reserva el derecho de hacer la determinación final si un procedimiento quirúrgico es considerado reconstructivo o cosmético.
24. **PAIS DE RESIDENCIA:** Significa el País de Residencia del Asegurado. El País de Residencia debe ser declarado en la Solicitud para Cobertura. Si el Asegurado cambia Su País de Residencia, deberá notificar a la Compañía de Su nuevo País de Residencia inmediatamente. La falta de notificar a la Compañía sobre Su nuevo País de Residencia podría resultar en la cancelación o terminación de la Cobertura. Si el Asegurado pasa más de ciento ochenta (180) días dentro de un año calendario en otro país que no es el País de Residencia declarado en la Solicitud para Cobertura, entonces el país en el cual reside por los ciento ochenta días (180) días se convertirá en el País de Residencia de Facto.
25. **MONEDA:** Significa una forma generalmente aceptada de dinero. Todos los pagos relacionados con esta póliza serán pagaderos en (USD) dólares americanos.
26. **CUIDADO DE CUSTODIA:** Significa asistencia con las actividades de la vida diaria que pueden ser provistas por personas sin destrezas o entrenamiento profesional, incluyendo pero no limitado a ofrecer asistencia para bañarse, vestirse, comer etc.
27. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad específica seleccionada por el Solicitante que constituye su responsabilidad monetaria inicial en el momento que ocurre la pérdida.
28. **PAIS DE RESIDENCIA DE FACTO:** Significa el país declarado en la Solicitud para Cobertura, pero si un Asegurado reside en otro país durante ciento ochenta (180) días consecutivos o más, el país más reciente se convertirá en Su país de Residencia De Facto. Si el País de Residencia De Facto se convirtiera en los Estados Unidos de América, el tratamiento para cualquier gasto médico cubierto debe ser administrado sólo en Hospitales Súper Especiales. Si por alguna razón el tratamiento no es rendido en un Hospital Súper Especial durante el tiempo en que su País de Residencia es los Estados Unidos de América, su Deducible Fuera del País se duplicará y se aplicará cincuenta por ciento (50%) de Coaseguro a todos los gastos médicos cubiertos.
29. **DEPENDIENTES:** Significa el cónyuge del Asegurado principal; Sus hijos solteros, hijastros solteros; hijos adoptivos solteros del Asegurado principal o de Su cónyuge, desde lo más temprana de: (1) La fecha de colocación para propósitos de adopción; (2) La fecha de asentada la orden judicial concediendo la custodia del niño al padre adoptivo; hijos solteros sobre quien el Asegurado principal tiene tutela legal. La Cobertura para los nuevos hijos adoptivos continuara por treinta (30) días a menos que la colocación de la adopción sea interrumpida antes de que la adopción legal tome lugar y el hijo sea removido de la colocación. Para Cobertura más allá de los treinta (30) días, el Asegurado principal deberá solicitar a la Compañía la adición del hijo adoptivo a este Certificado. Esto requiere que la forma de adición de dependiente sea completada y que la prima correspondiente sea pagada. Usted deberá solicitarlo a la Compañía dentro de un periodo de treinta (30) días después de la colocación o asentamiento de la orden judicial.
30. **SERVICIOS DE DIAGNOSTICO:** Significa pruebas y procedimientos de diagnóstico Medicamento Necesarios usados para diagnosticar y tratar condiciones médicas. Deberán ser ordenados por un Médico licenciado y aprobados por la (FDA).

31. **FECHA DE VIGENCIA:** Significa la fecha en que comienza la Cobertura bajo este Certificado. Después de la revisión y Aprobación del Administrador de cada uno de los Solicitantes, la Cobertura será efectiva en la última de las siguientes fechas: (1) La fecha en que la Prima correspondiente y la Solicitud son recibidas por el Administrador, o (2) La fecha en que el Solicitante es Aprobado por el Administrador.
32. **PERIODO DE ELIMINACION:** Significa el periodo de días consecutivos durante los cuales el Asegurado ha estado continuamente incapacitado antes de que los Beneficios mensuales por Perdida de Uso son pagaderos. Ningún Beneficio mensual por Perdida de Uso será pagado durante el Periodo de Eliminación. La duración del Periodo de Eliminación es de noventa (90) días. EL Periodo de Eliminación comienza el primer día en que la Incapacidad ocurre después de la Fecha de Vigencia de este Certificado y que el Periodo de Espera ha sido satisfecho, si aplica
33. **EMERGENCIA:** Significa cualquier condición médica que se manifiesta por si misma a través de signos y síntomas agudos, los cuales podrían razonablemente resultar en poner la integridad física o la vida de la Persona Asegurada en peligro, si no se provee atención medica dentro de un plazo de veinte cuatro (24) horas.
34. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Significa el costo de Tratamiento Dental de Emergencia y procedimientos necesarios para restaurar o reemplazar dientes naturales sanos, que fueron perdidos o dañados en un Accidente cubierto. Este tratamiento debe realizarse no más de treinta (30) días después de ocurrir el Accidente.
35. **TRANSPORTE AEREO DE EMERGENCIA:** Significa la evacuación imperativa de un Asegurado en una Ambulancia Aérea a la institución médica más cercana para recibir atención médica inmediata. Debe ser considerado Medicamento Necesario y porque el tratamiento no puede ser brindado localmente. Deberá ser aprobado por Morgan White Administrator International, Inc. Este beneficio no aplica para un miembro familiar no cubierto del Asegurado.
36. **TRANSPORTE TERRESTRE DE EMERGENCIA:** Significa la evacuación imperativa de un Asegurado en un vehículo medico terrestre (ambulancia). El transporte cubierto incluye solamente aquellos casos donde el transporte de Emergencia es proveído por un servicio de Emergencia reconocido.
37. **INVESTIGATIVO/ EXPERIMENTAL:** Significa servicios, procedimientos, dispositivos, drogas o tratamientos que no se adhieren a los estándares de las guías de práctica aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde el servicio sea realizado. Las Drogas deben tener la aprobación de la (FDA) la Administración de Drogas y Comidas de los Estados Unidos, para el uso del diagnóstico, condición o de otra institución federal o agencia del gobierno estatal cuya aprobación sean requerida en los Estados Unidos de América, independientemente de donde el tratamiento médico ocurra o donde la facturación sea emitida.
38. **PERIODO DE GRACIA:** Significa el periodo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento del Certificado durante el cual la Compañía permite que el Certificado sea renovado.
39. **CHEQUEO ANUAL DE SALUD:** Significa una examinación medica efectuada para verificar el estado normal de salud o descubrir alguna enfermedad en su etapa temprana. El Chequeo Anual de Salud no incluye ningún examen o consulta de seguimiento por una enfermedad o condición ya diagnosticada.
40. **ALTAS DOSIS DE QUIMIOTERAPIA:** Significa el uso de agente o agentes quimioterapéuticos para tratar o para prevenir la recurrencia de cáncer o enfermedad similar al cáncer, con o sin irradiación, en dosis las cuales exceden las cantidades aprobadas o que se encuentran en el rango de las drogas empleadas por la (FDA) Administración de Drogas y Comidas de los Estados Unidos de América y las cuales se espera resulten en efectos sobre la medula ósea que probablemente sean letales si se tratan.
41. **CUIDADO DE ENFERMERA EN EL HOGAR:** Significa los servicios proporcionados en el hogar, supervisados por una Enfermera Registrada, que estan dirigidos al cuidado personal del paciente, siempre que tal cuidado reemplace el cuidado Medicamento Necesario mientras hospitalizado. Este servicio debe ser recetado por un Médico, Medicamento Necesario y aprobado por el Administrador antes de cualquier servicio prestado.
42. **HOSPITAL:** Significa una institución que se dedica a proveer servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados quirúrgicos a pacientes enfermos o lesionados y que está debidamente licenciada; se encuentra bajo supervisión de un médico o de médicos y recibe compensación por sus servicios, tiene departamento organizados de medicina y cirugía mayor; provee servicio de enfermería las veinticuatro (24) horas del día por, o bajo la supervisión de enfermeros licenciados. Un hospital no es un balneario, hidroclínica, sanatorio, centro de rehabilitación, hogar de convalecencia u hogar para ancianos.
43. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Significa los tratamientos Medicamento Necesarios ordenados por un Médico y proveídos al Asegurado en un Hospital.

44. **HOSPICIO/ CUIDADO TERMINAL:** Significa el cuidado que el Asegurado recibe seguido del diagnóstico de una condición terminal, incluyendo cuidado, físico, psicológico y social, así como también el alojamiento en una cama, atención de enfermería y medicamentos prescritos.
45. **LESION(ES):** Significa lesión corporal la cual es infligida por causa externa y nos auto infligida.
46. **PACIENTE HOSPITALARIO:** Significa la atención médica o quirúrgica que por su intensidad debe ser brindada durante la estadía en el Hospital de veinticuatro (24) horas o más. La gravedad de la enfermedad también debe ser justificada como Medicamento Necesaria para la hospitalización. El tratamiento limitado a la sala de emergencias no se considera hospitalización como paciente hospitalizado.
47. **ASEGURADO/ PERSONA ASEGURADA:** Significa la persona para la cual se ha completado una Solicitud o en el caso de Dependiente (s) o Cobertura familiar, aquellas personas cuyos nombres han sido declarados en la Solicitud para Cobertura y para las cuales el comienzo de la Cobertura ha sido confirmado por la Compañía en el Certificado de Cobertura y para las cuales la Prima ha sido pagada.
48. **SEGURO:** Significa la Cobertura descrita y proveída bajo este Certificado.
49. **PÉRDIDA DE USO:** Significa la pérdida total e irrevocable del uso de: (1) Una mano o ambas; (2) Un pie o ambos; (3) Un brazo o ambos; (4) Una pierna o ambas; (5) La visión de ambos ojos; de la Persona Asegurada. Dicha pérdida deberá ser permanente y debido a una lesión Accidental.
50. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Significa la persona en la Solicitud, que aparece listada como el Asegurado Principal y el cual podría tener Dependientes que estén asegurados bajo el Certificado.
51. **MEDICAMENTO NECESARIO:** Tratamiento, servicio, suministros o equipo médico, el cual la Compañía determina que es necesario y apropiado para los síntomas, el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión del Asegurado. No es Investigativo o Experimental y no es excesivo en alcance, duración o intensidad para proveer un tratamiento seguro, adecuado y apropiado. Los suministros y tratamientos no serán Medicamento Necesarios si solo son proveídos a conveniencia del Asegurado, la familia o proveedor del Asegurado; si exceden el nivel de cuidado necesario para proveer el cuidado y tratamiento adecuado para la condición médica del Asegurado y si queda fuera del estándar de la practica establecida por las instituciones médicas profesionales.
52. **ENFERMEDADES MENTALES:** Significa desórdenes mentales, emocionales, psiquiátricos, enfermedades y condiciones (ya sean orgánicas o no orgánicas, biológicas o no biológicas, genéticas, químicas o no químicas en origen). Desordenes nerviosos y metales, desordenes de personalidad, desordenes nerviosos incluyendo, pero no limitado a psicosis, desordenes neuróticos, desordenes de bipolaridad, desordenes afectivos, desordenes de personalidad, anormalidades psicológicas o de conducta.
53. **RECIEN NACIDO:** Significa el recién nacido, infante, neonato.
54. **HOSPITALES DE LA RED:** Significa el grupo de Hospitales y clínicas los cuales han sido contratados por el Administrador para proveer servicios médicos a los Asegurados.
55. **TERAPEUTA OCUPACIONAL:** Significa la persona la cual esta licenciada como tal en el país en el cual él/ella práctica, Si ese país no emite licencias, un Terapeuta Ocupacional es la persona certificada como tal por la organización profesional apropiada.
56. **AMBULATORIO:** Significa el tratamiento o servicio proveído al Asegurado por una enfermedad (s) o lesión (es), cuando el Asegurado no es admitido en un Hospital. Servicios Ambulatorios incluyen, los servicios realizados en un Hospital o Salón de Emergencia si estos servicios tienen una duración de menos de veinte cuatro (24) horas.
57. **TRASPLANTE DE ORGANOS:** Significa la transferencia de un órgano o tejido tomado de un cuerpo humano para injertar en sí mismo o en otro individuo. Esta Cobertura está limitada a el corazón, el corazón/ pulmón, pulmón, hígado, riñón, páncreas y riñón/páncreas.
58. **FECHA DE PAGO:** Significa el día en que la Prima del Certificado se debe, según se indica el Certificado de Cobertura.
59. **FARMACIA:** Significa la institución licenciada por el país en el cual opera y dispensa medicamentos. En caso de que esta institución se encuentre fuera de los Estados Unidos de American, tiene que ser Aprobada por las autoridades pertinentes de ese país.

60. **PERIODO DE COBERTURA:** Significa el periodo entre la Fecha de Vigencia del Certificado y la Fecha de Terminación de la Cobertura para este Certificado, la cual se indica en el Certificado de Cobertura.
61. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES:** Significa cualquier condición médica, enfermedad, lesión, aflicción, condición, enfermedad mental o trastorno nervioso mental, independientemente de la causa, incluyendo las complicaciones o consecuencias congénitas, crónicas, posteriores o recurrentes relacionadas a, o en conexión con estas, que con certeza medica razonable existían en el momento de enviada la Solicitud o en cualquier momento anterior a la Fecha de Vigencia de este Certificado, **ya se haya manifestado o no anteriormente**, sintomático, diagnosticado, tratado o revelado. Esto específicamente incluye pero no está limitado a ninguna condición médica, enfermedad, lesión, aflicción, condición, enfermedad mental o trastorno nervioso mental por el cual consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento fue recomendado o recibido o por el cual una persona razonablemente prudente hubiera buscado atención médica en una fecha anterior a la Fecha de Vigencia de este Certificado.
62. **PRIMA:** Significa el monto monetario correspondiente en (USD) dólares americanos, cobrado por la Compañía, colectado por el Administrador para la Cobertura otorgada en este Certificado.
63. **MEDICAMENTOS PRESCRITOS:** Significa los medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la orden de un Médico y no incluyen aquellos que pueden ser comprados sin la prescripción de un Médico.
64. **MÉDICO o DOCTOR:** Significa la persona que no está relacionada con el Asegurado por sangre o matrimonio y que no vive con el Asegurado. Es la persona que está debidamente licenciada para practicar la medicina como Médico y actúa bajo el ámbito de su especialidad en la prestación de tratamiento al Asegurado.
65. **FISIOTERAPEUTA:** Significa la persona que está debidamente licenciada en el país en el cual práctica. Si ese país no emite dicha licencia, el Fisioterapeuta es la persona certificada como tal por la organización profesional apropiada.
66. **CIRUGIA RECONSTRUCTIVA:** Significa la cirugía realizada en estructuras anormales del cuerpo, causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades. Generalmente se realiza para mejorar una función, pero puede hacerse también para aproximarse a una apariencia normal.
67. **ENFERMERA REGISTRADA:** Significa la enfermera graduada la cual está legalmente licenciada para practicar como enfermera en el país donde el tratamiento es realizado y actúa bajo el ámbito de su especialidad.
68. **REINSTALACION:** Significa que después que el Período de Gracia caduca; la Compañía considerará la Reinstalación de Su Certificado, solamente después de recibir una solicitud para Reinstalación y el pago de la Prima.
69. **REPATRIACION DE RESTOS MORTALES:** Significa el traslado del cuerpo del Asegurado al País de Residencia de Facto.
70. **RESCINDIR/NULO:** Significa la terminación retroactiva del Certificado a la Fecha de Vigencia original como resultado de información errónea proveída en la Solicitud o en la información médica, la cual constituirá en la devolución de la Prima al pagador.
71. **TERAPEUTA DE INHALACION RESPIRATORIA:** Significa la persona que esta licenciada como tal en el país en el cual práctica. Si dicho país no emite tales licencias, un Terapeuta de Inhalación Respiratoria es una persona certificada como tal por la organización profesional apropiada.
72. **SEGUNDA OPINION:** Significa la opinión médica de otro Médico que no es el Médico tratante actual.
73. **PROVEEDOR DE SERVICIO:** Significa el Hospital, Hospicio, facilidad de convalecencia, centro de cirugía ambulatoria, Médico, Quiropráctico, centro de rehabilitación, enfermera, laboratorio médico o cualquier otra institución aprobada por la Compañía para proveer los servicios cubiertos bajo este Certificado.
74. **ENFERMEDAD:** Significa cualquier desviación o interrupción de la estructura o función normal de cualquier parte, órgano, sistema (o una combinación de estos) del cuerpo, que se manifiesta mediante síntomas, y señales cuya etiología, patología y pronostico podrían ser conocidos o desconocidos.
75. **PATOLOGO DEL HABLA/ TERAPEUTA DEL HABLA:** Significa la persona que esta licenciada como tal en el país en el cual práctica. Si dicho país no emite tales licencias, un Patólogo del Habla o Terapeuta del Habla es una persona certificada como tal por la organización profesional apropiada.
76. **CIRUGIA(S) o PRECEDIMIENTO QUIRURGICO:** Significa un procedimiento de diagnóstico invasivo; o el tratamiento(s) de la enfermedad(es) o lesión(es) mediante operaciones manuales o instrumentales realizadas por un Médico mientras el paciente se encuentra bajo anestesia local o general.

77. **USD:** Significa dólares americanos.
78. **USUAL, RAZONABLE Y ACOSTRUMBRADO (UCR):** Significa el monto máximo que la Compañía considerará elegible pagar, bajo el plan de Seguro de salud. Este monto es determinado basado en una revisión periódica de los cargos que prevalecen para un servicio en particular ajustado a una región o área geográfica específica.
79. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo de tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia del Certificado y termina treinta (30) días después. Ninguna reclamación se pagará por enfermedad que se manifieste durante este tiempo.
80. **NOSOTROS O NUESTRO:** Significa AmFirst Life Insurance Company, I.I.
81. **SU, USTED o FAMILIA:** Significa el Asegurado principal y /o cualquier Dependiente (s) incluido en este Certificado.

CONDICIONES GENERALES

1. El Asegurado, incluyendo a cualquier persona a quien este Seguro aplique, en todo momento deberá tomar precauciones razonables para prevenir Accidentes, pérdidas o lesiones.
2. La plena observación y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de este Certificado en cuanto a cualquier acción a tomar, o el cumplimiento por el Asegurado, y la certeza de las declaraciones y respuestas en dicha Solicitud, serán condiciones precedentes a cualquier responsabilidad de la Compañía para hacer cualquier pago bajo este Certificado.
3. Si cualquier reclamación bajo este Certificado resultara ser fraudulenta en cualquier forma o si se usaran métodos o artificios fraudulentos, ya sea por el Asegurado o por cualquier persona actuando en su favor bajo ese Certificado, todos los beneficios serán invalidados. Si algún Proveedor de Servicios médicos o medicamentos anteriores rehusara, no deseara, es incapaz, no puede localizar o proporcionar historiales médicos pasados del Asegurado después de presentársele la autorización del Asegurado para inspeccionar esos archivos, todos los beneficios bajo este Certificado serán anulados y el Certificado cancelado. (*Vea exclusión específica # 43*).
La Compañía se reserva el derecho a determinar si tiene suficiente información en la cual basar la validez de cualquier reclamación sometida, y la responsabilidad de proveer todos los archivos médicos a la Compañía es del Asegurado.
4. El Certificado será Anulado y Cancelado a menos que la Compañía sea notificada de cualquier cambio del País de Residencia De Facto del Asegurado dentro de treinta (30) días del cambio. Todos los términos y condiciones están sujetos a revisión si cambiara el País de Residencia De Facto.
5. Ni la Compañía, ni el Administrador, ni ninguno de sus agentes, serán responsables por la disponibilidad, resultado o calidad de cualquier atención médica, tratamiento o transporte, ni por la falta del Asegurado en recibir tratamiento médico.
6. El representante legal de un Asegurado tendrá el derecho a actuar por un Asegurado que esté incapacitado o fallecido.
7. En caso de que la Compañía cancele o en alguna forma invalide este Certificado debido a la falta del Asegurado de declarar una historia médica pasada o Condiciones Pre-Existentes, la Compañía se reserva el derecho a recobrar del asegurado todos los costos y honorarios incurridos en investigar razonablemente esos asuntos no declarados totalmente. La recuperación puede ser lograda de cualquier manera legal, incluyendo la deducción de esos costos y honorarios de primas no usadas que de otra forma se debieran al Asegurado.
8. Es condición de este Seguro que el Asegurado debe firmar y fechar la planilla de autorización para obtener la información médica al someter una reclamación al Administrador para su consideración. La planilla de exoneración autorizará al Administrador a obtener historial médico de cualquier proveedor. Lo contrario resultará en pérdida de todos los beneficios de una reclamación que de otra forma serían pagaderos al Asegurado.
9. Si un Asegurado o la Compañía cancela este Seguro después de emitida, la Compañía devolverá la porción sin usar de la Prima menos los honorarios y cualquier gasto pagado. La porción sin usar de la Prima se basa en el número de días correspondientes al modo de pago. Los gastos incluyen comisiones, manejo de reclamación y costos administrativos.
10. Los beneficios pagaderos de acuerdo a los términos y provisiones de esta Cobertura cesarán cuando muera el Asegurado, el cual, para propósito de esta Cobertura, se define como el momento en que cese la función cerebral de la persona y el daño sea irreversible.

EXCLUSIONES GENERALES

La Compañía no será responsable por ninguna consecuencia, ya sea directa o indirecta, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, ni conectada o como resultado de, o en conexión con:

- I. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones guerreras (con guerra declarada o no), o guerra civil.
- II. Motín, disturbio, huelga, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, golpe militar o usurpación de poder.
- III. Cualquier acto de cualquier persona actuando a favor de, o en conexión con cualquiera organización con actividades dirigidas hacia el derrocamiento por fuerza de un gobierno establecido o de facto, o influenciar al mismo con terrorismo o violencia.
- IV. Ley Marcial o estado de sitio, o cualesquiera eventos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio (de ahora en adelante llamada "Ocurrencia" para propósitos de esta Exclusión).
- V. La comisión o intento de cometer una ofensa criminal, o provocar un asalto.
- VI. Cualquier consecuencia que suceda o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o cualesquiera otras), sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por o contribuida por, relacionada con, que surja de, o en conexión con alguna de las mencionadas ocurrencias, será considerada como una consecuencia por la cual la Compañía no serán responsables bajo este Certificado, excepto hasta donde el Asegurado pueda probar que dicha consecuencia sucedió independientemente de la existencia de dichas condiciones anormales. En cualquier acción, pleito legal u otro procedimiento donde la Compañía alegue que por razón de esta exclusión cualquier consecuencia no está cubierta por el Certificado, la responsabilidad de probar que dicha consecuencia está cubierta será del Asegurado.
- VII. Cualquier reclamación o consecuencia que suceda o surja de un Accidente, incidente, o explosión nuclear.
- VIII. Cualquier reclamación o consecuencia que suceda o surja del empleo cuando existe Seguro de Compensación Laboral o Accidente Ocupacional escrito como tal, que está disponible o vigente para el Asegurado.
- IX. Cualquier reclamación relacionada con Responsabilidad del Empleador cuando está escrita como tal.
- X. Terrorismo nuclear, químico o biológico en cualquier forma causada o contribuido por un acto de guerra o terrorismo, que envuelve el uso o amenaza de distribución de cualquier arma o dispositivo nuclear, o agente químico o biológico.

Para propósito de esta exclusión, un acto de terrorismo significa una acción, incluyendo pero no limitada al uso y/o amenaza de fuerza o violencia, de una persona o grupo(s) de personas, ya sea actuando sola o a favor de, o en conexión con una organización(es) o gobierno(s), cometido por razones políticas, religiosas, ideológicas o propósitos similares, incluyendo la intención de influenciar cualquier gobierno y atemorizar al público o una sección del público.

Si la Compañía alega que por razón de esta exclusión cualquier reclamación no está cubierta por este seguro, la responsabilidad de probar lo contrario descansará en el Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Cualquier tratamiento o medicamento, o sus consecuencias, o costos relacionados con lo siguiente, no están cubiertos bajo este Certificado, a menos que estén específicamente incluidos o cambiados en la Tabla de Beneficios:

1. Transporte de emergencia o gastos de repatriación incurridos sin la aprobación previa del Administrador.
2. La cantidad del Deducible y del Coaseguro seleccionados, cuando se aplican por Año del Certificado, por cada Asegurado.
3. Tratamiento de enfermedades mentales, demencias, enfermedad de Alzheimer's, psiquiátricas, psicológicas, o desórdenes de comportamiento y mantenimiento en un sanatorio mental.
4. Cirugía Cosmética o Cirugía Reconstructiva o tratamiento asociado, a menos que sea médicamente necesario y prescrito por un médico después de una cirugía cubierta o Accidente, o lesión, y dentro de doce (12) meses de la cirugía, Accidente o lesión cubiertos. Este Certificado no cubre cirugías para corregir desviaciones del tabique nasal, deformidades y patologías relacionadas a menos que haya sido causada por un Accidente traumático, es de origen traumático y evidencia del trauma donde exista trazo de fractura es proveído al momento del Accidente. La Compañía se reserva el derecho de tomar la decisión si el procedimiento quirúrgico es considerado reconstructivo o cosmético.
5. Cualquier operación o tratamiento pendiente al momento de comenzar la cobertura.
6. Todo tratamiento o cirugía relacionado con un Accidente o lesión incurridos como resultado de un deporte riesgoso que exceda USD 25,000 de por vida, por Asegurado. Estos incluyen, pero no están limitados a: montañismo, alpinismo, paracaidismo, vuelos en balón, deslizamiento, buceo, carreras de cualquier forma (excepto a pie). Los deportes profesionales están excluidos, a menos que estén específicamente incluidos por una enmienda. Esto no incluye deportes vacacionales normales, tales como esquiar o esnorkel. Sin embargo, basado en la "Regla del Hombre Prudente," los Aseguradores rechazarán reclamaciones cuando se determine qué riesgo o negligencia fueron un factor. Otros deportes también serán excluidos cuando envuelvan un alto riesgo debido a inexperiencia, falta de cuidado, o conocimiento de condiciones peligrosas.
7. Las lesiones físicas sufridas bajo la influencia de, o incapacidad, debida total o parcialmente a los efectos de licor o drogas intoxicantes, (a menos que sea ingerido como tratamiento prescrito por un médico, pero no para el tratamiento de adicción a drogas), o con un nivel de alcohol sanguíneo de 100mg por ciento, o se encuentra por encima del límite legal de consumo de alcohol dentro del país o jurisdicción donde ocurra el evento.
8. Reclamaciones o tratamientos relacionados con lesiones auto infligidas.
9. Cualquier Condición Pre-Existente Declarada, defecto físico, enfermedad, condición médica, o enfermedades crónicas o recurrentes que existían antes de la fecha de comienzo del Asegurado en este seguro. Esta exclusión permanecerá en efecto hasta que el Asegurado haya estado asegurado continuamente bajo este plan por un (1) año, si la Condición Pre-Existente fue Declarada en la solicitud para cobertura y no está excluida de cobertura.
10. Cualquier reclamación por tratamiento dental u ortodóntico, excepto en caso de Accidente. Dicho tratamiento debe tomar lugar dentro de los treinta (30) días siguientes al Accidente.
11. Exámenes físicos de rutina, chequeos, exámenes y pruebas de diagnóstico relacionadas que no sean las enumeradas en la Tabla de Beneficios, incluidos los servicios y suministros de vacunas.
12. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente de la muerte, lesión, enfermedad, o cualquier otra situación atribuida al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o enfermedades del VIH incluyendo el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)y/o cualquier derivado mutante o variación del mismo, lo que lo cause.
13. Tratamiento para Síndrome de Fatiga Crónica, incluyendo pero no limitado a pruebas de diagnóstico.
14. Cualquier reclamación por tratamiento que no está científicamente o médicamente aprobado por los estándares de los Estados Unidos de América incluyendo pero no limitado a acupuntura, medicina homeopática.
15. Reclamaciones y gastos de tratamientos médicos incurridos después de la fecha de cancelación del Certificado, incluyendo aquellos que resulten de Accidentes o enfermedades que ocurran durante el Año Certificado.

16. Cualquier costo que surja del tratamiento del Asegurado por cualquier lesión corporal o enfermedad por la cual la persona por la que el reclamo ha sido presentado no se encuentra bajo el cuidado de un Médico calificado o por el cual dicho tratamiento no ha sido autorizado o prescrito por un Médico calificado.
17. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o gasto al que el individuo podría tener derecho de gratis.
18. Cualquier porción o gasto el cual es en exceso de lo Usual, Razonable y Acostumbrado para un servicio en particular o suministros de acuerdo con el área geográfica o el nivel apropiado de tratamiento recibido.
19. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, esterilización reversible, métodos anticonceptivos, cambio o implante de sexo, cualquier tratamiento por transformación sexual, malfuncionamiento o insuficiencia sexual.
20. El costo de cualquier tipo de aborto (o sus consecuencias) a menos que exista un peligro inminente de muerte. Exámenes y tratamientos relacionadas a infertilidad.
21. Inseminación artificial o tratamientos de infertilidad.
22. Cualquier gasto, servicio o tratamiento de cualquier forma de suplemento alimenticio o alimento para aumentar de peso (a menos que sean necesarios para sostener la vida de una persona críticamente enferma), o para cualquier programa de control de peso, incluyendo programas de ejercicio, ya sea por obesidad o cualquier diagnóstico, o por dieta, inyección de cualquier fluido, o uso de medicamentos o cirugía de cualquier clase.
23. Cuidado podiátrico, incluyendo cuidado de los pies en conexión con callos, callosidades, pies planos, arcos débiles, pies débiles, o quejas sintomáticas de los pies o injertos de zapatos de cualquier tipo a menos que haya sido causada por un Accidente traumático, es de origen traumático y evidencia del trauma donde exista trazo de fractura es proveído al momento del accidente.
24. Cualquier servicio o suministro que sea considerado experimental o de orientación investigativa por naturaleza, según los estándares de los Estados Unidos.
25. Cualquier cargo por tratamiento, servicio o suministro que no sean Medicamentos Necesarios, incluyendo tratamientos profilácticos.
26. Tratamiento o de otro modo prestado por un miembro familiar
27. Enfermedades Crónicas que se manifiesten durante los primeros treinta (30) días después del inicio de la Persona Asegurada o Dependiente(s) en este Seguro, no están cubiertos durante la vida del Certificado.
28. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente, incluyendo cualquier desorden relacionado al Virus del Papiloma Humano (VPH).
29. Exámenes de rutina de los ojos y oídos, refracción ocular, espejuelos, lentes de contacto, queratotomía radial o cualquier procedimiento para corregir los desórdenes de refracción, dispositivos o implantes auditivos (IMPLANTES COCLEARES).
30. Servicios o tratamiento en cualquier institución de cuidado médico de largo plazo, balneario, hidroclínica, clínica para perder peso, sanatorios para descanso o cuidado de custodia, hogar de convalecencia u hogar para ancianos, que no es un Hospital como se define en este Certificado.
31. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con Trasplantes de Organos Humanos en exceso de la cantidad mostrada en la Tabla de Beneficios.
32. Cualquier reclamación o tratamiento relacionado con trasplante de órganos para el donante vivo.
33. Cualquier reclamación relacionada con el trasplante de órganos mecánicos, artificiales, prótesis, o extremidades artificiales.
34. Todos los tratamientos relacionados con Condiciones Pre-Existentes no declaradas, no están cubiertos durante la vida de este certificado.
35. Cualquier reclamación relacionada con la compra o alquiler de equipos médicos duraderos fuera del Hospital, incluyendo, pero no limitado a: sillas de ruedas, muletas, tanques de oxígeno y caminadores.

36. Enfermedades como consecuencia de alcoholismo, abuso de drogas o adicción a cualquier sustancia, sin importar la causa, y sus consecuencias.
37. Tratamiento para cualquier condición secundaria a una condición ya excluida en este Certificado.
38. Tratamiento o cargos relacionados a cualquier condición de la mandíbula o coyuntura mandibular, incluyendo, pero no limitada a anomalías de la mandíbula, y una condición conocida como “TMJ” o Síndrome Tempero-Mandibular a menos que haya sido causada por un accidente traumático, es de origen traumático y evidencia del trauma donde exista trazo de fractura es proveído al momento del Accidente.
39. Cualquier tratamiento cubierto que exceda el cuarenta (40%) por ciento de los gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados, si el ingreso en un hospital no fue Pre-Certificado por el Administrador.
40. Cualquier tratamiento o atención medica relacionada con una Lesión, enfermedad o Accidente que ocurra mientras vuela como pasajero registrado en una línea aérea comercial regular, operada por un piloto comercial profesional con licencia en vuelos regulares programados entre aeropuertos.
41. Cualquier reclamación reembolsable por cualquier Seguro de Responsabilidad del Empleador, Compensación Laboral o cualquier cobertura de Accidente Ocupacional.
42. Cualquier disputa, reclamación o controversia, para la cual el Asegurado no ha presentado una solicitud para arbitraje dentro de ciento ochenta (180) días de la fecha en que el evento haya causado la disputa reclamación o controversia.
43. Cualquier reclamación que surja, en que el Asegurado o cualquier proveedor deja de proveer los archivos médicos pertinentes a la investigación de cualquier reclamación sometida.
44. Cualquier reclamación por embarazo o Maternidad para cualquier Dependiente que no sea el cónyuge de un Asegurado.
45. Cualquier reclamo presentado en los Estados Unidos, que exceda el 200% de la tarifa de Medicare en el estado donde se brindan los servicios.
46. Cualquier reclamo que surja por Trasplante de Medula Ósea en cualquier forma.
47. Cualquier reclamación para beneficios mensuales por Perdida de Uso, después de la fecha de aniversario del Seguro, siguiente al cumplir el Asegurado setenta (70) años de edad.