



CONTRATO DE ASEGURAMIENTO

AMFIRST LIFE INSURANCE COMPANY, L.L.

(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 Clausula (si existe alguna). 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 recibidas y aceptadas 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 SILVER MEDICAL 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	Edad mínima de aceptación 50 años y hasta los 85 años de edad.
Monto Asegurado	Hasta un máximo de USD 10,000,000 de cargos incurridos por Asegurado, de por vida con un máximo de USD 200,000 de cargos incurridos, por Asegurado, por Año Certificado.
Deducibles	USD 1,000; USD 2,000; USD 3,000; USD 5,000; USD 10,000 El Deducible seleccionado será aplicado por Asegurado, por Año Certificado. Máximo de dos Deducibles por Año Certificado, si hay mas de un Asegurado en este Certificado. El Deducible seleccionado se aplicará dos (2) veces si el tratamiento es fuera de un Hospital de la Red Optima-USA, Latino América y el Caribe. Reducción del 50% del deducible seleccionado, para hospitalizaciones en el país de residencia
Coaseguro	El cincuenta (50%) por ciento de Coaseguro se aplicará por Asegurado por cargos cubiertos incurridos fuera de un Hospital de la Red Optima-USA, Latino América y el Caribe.
Periodo de Espera	Ciento veinte (120) días, con cobertura inmediata en casos de Accidente y de Enfermedades Contagiosas Transmisibles. Periodo de Espera puede ser eliminado si una Poliza Internacional estuvo en vigor por un periodo de doce (12) meses y esta activa por lo menos (30) días antes de la fecha de Vigencia de este Certificado. <i>Cargos cubiertos durante este Periodo de Espera estarán limitados al beneficio menor proveído por la póliza anterior o a este Certificado.</i>
Coberturas de Hospitalización (Por Asegurado, por Año Certificado)	
Límites	
Habitación Privada y Comidas <i>(Todo Incluido)</i>	Max-USD 400 por día / 120 días
Habitación Privada y Comidas si es admitido en un Hospital Súper Especial <i>(Todo Incluido)</i>	100% URC / 120 días
Cuidados Intensivos si es admitido en un Hospital Súper Especial o en el país de residencia <i>(Todo Incluido)</i>	USD 2,000 por día / 15 días
Cuidados Intensivos si es admitido en un Hospital Súper Especial o en el país de residencia <i>(Todo Incluido)</i>	100% URC / 15 días
Prescripciones médicas, laboratorios, Rayos X y otros misceláneos cubiertos como gastos hospitalarios mientras el Asegurado esta admitido en el Hospital	USD 900 por día/ 120 días
Costo de una cirugía durante hospitalización cubierta en el país de residencia <i>(Todo Incluido URC)</i>	USD 100,000 por Año
Costo de una cirugía durante hospitalización fuera del país de residencia <i>(Todo Incluido URC)</i>	USD 60,000 por Año
Costo de Rehabilitación durante una hospitalización	USD 300 por visita/ 30 días
Honorarios del cirujano asistente	Pagado al 20% URC de los honorarios del cirujano
Coberturas Ambulatorias (Por Asegurado, por Año Certificado)	
Límites	
Cirugía ambulatoria – Realizada en un Hospital Súper Especial y Pre-Certificada por el Administrador <i>(Todo Incluido)</i>	USD 60,000 por Año
Cirugía ambulatoria- Realizada en un Hospital de la Red Optima-USA, no en un Hospital Súper Especial y Pre-Certificada por el Administrador <i>(Todo Incluido)</i>	USD 25,000 por Año
Cirugía Ambulatoria- Realizada en un Hospital fuera de la Red <i>(Todo Incluido)</i>	USD 10,000 por Año
Servicios Ambulatorios (El monto máximo anual por Asegurado de cobertura ambulatoria es de \$5,000)	
Límites	
Visitas al Médico o Doctor	USD 80 por visita
Procedimientos Ambulatorios - Exámenes de Laboratorio, Rayos-X	USD 100/ por examen, por Asegurado
PSA y Mamografía (para el Asegurado Principal y su cónyuge, después del primer aniversario del Certificado)	USD 100 por Año / No aplica Deducible
Procedimientos Ambulatorios- Estudio tomográfico, Resonancia Magnética, TAC, Ecocardiograma, Pruebas especiales de diagnóstico, i.e, Estudio de Apnea del sueño y prueba de estrés.	USD 450/ por examen, por Asegurado

Procedimientos de diagnósticos: Endoscopia, i.e, Gastroscofia, Colonoscopia y Cistoscopia	USD 500/ por examen, por Asegurado
Servicios de Rehabilitación seguidos por una Hospitalización y prescritos por un Médico o Doctor; sujetos a normas de precertificación.	USD 100/ 20 visitas por Año Certificado
Prescripciones Médicas recetadas por un Médico	USD 60 por prescripción/ 240 por Asegurado, por Año Certificado
Radiación y Quimioterapia para Tratamiento de Cáncer (Hospitalización o Ambulatorio)	Límites
Administrado en una de las facilidades aprobadas por el Administrador dentro de la red de cáncer <i>(Todo Incluido)</i>	USD 25,000 por Año Certificado
Otros Beneficios (All coverages are per Insured)	Límites
Cuidado de Enfermera en el Hogar: Sujeto a normas de precertificación	USD 70/ 15 días, por Año Certificado
Hospicio; sujeto a normas de precertificación	USD 75 por día/ 150 días
Tratamiento Dental por Accidente	30 días/ Hasta el límite de los Servicios Ambulatorios
Trasplante de Órganos <i>(Ver sección de Trasplante de Organos para montos de cobertura y detalles)</i>	USD 100,000 de por vida <i>(Gastos 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 10,000/ por Año Certificado
Repatriación de Restos Mortales <i>(Ver Provisiones y Definiciones para detalles)</i>	100% URC

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 \$100,000 POR ASEGURADO DE POR VIDA**, menos cualquier Deducible y Coaseguro, si aplican, por los siguientes servicios:

Procedimientos de Trasplante Cubiertos:

Cualquiera de los siguientes Trasplantes de Órganos y tejidos humanos	Corazón; Corazón/ Pulmón; Pulmón; Hígado;
Medicamento Necesarios:	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 \$100,000 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.
13. Servicios y suministros relacionados con Altas Dosis de Quimioterapia, cuando son parte de un plan de tratamiento que incluye Trasplante de médula ósea y Quimioterapia en Altas Dosis.

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 \$100,000 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, Suite # 801
Coral Gables, FL 33134 USA
Teléfono #: (305) 442-0899
Fax #: (305) 442-0961

Sección de Beneficio Máximo: TODOS LOS CARGOS POR SERVICIOS DE TRASPLANTE CUBIERTOS ESTAN SUJETOS A Y NO ADICIONALMENTE A LAS SUMAS MAXIMAS ASEGURADAS EN LA TABLA DE BENEFICIOS, TANTO EL BENEFICIO POR ASEGURADO POR AÑO CERTIFICADO COMO DE POR VIDA Y ESTAN SUJETOS ADEMAS A LA LIMITACION DE \$100,000 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:

<ol style="list-style-type: none"> 1. El monto total en (USD) que la Compañía pagará por todos los Servicios de Trasplante Cubiertos será de USD 100,000 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:
<ol style="list-style-type: none"> 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 este 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 ciento veinte (120) 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 válida 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) que tengan una edad mínima de cincuenta (50) años y no mayor de ochenta y cinco (85) años de edad, son elegibles para este Seguro. Este Seguro no está disponible a ningún residente permanente de los Estados Unidos de América. La aceptación de una solicitud está sujeta a una evaluación de riesgo. 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 seguro 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, que hasta su terminación puede ser renovado, si ninguna de las partes ha dado aviso de cancelación por lo menos un mes antes de la renovación, el Administrador ha recibido la Prima que vence antes del vencimiento y ninguna condición de este Certificado ha sido incumplida por el Asegurado.

El Administrador, a través del corredor/ agente que lo representa en Su País de Residencia, ofrecerá renovar este seguro a las tarifas vigentes y en los términos prevalentes en el momento de la renovación para la Clase correspondiente al Asegurado. Alternativamente, usted puede renovar su póliza en línea visitando la página web, www.morganwhiteintl.com. La oferta de la Compañía de renovar este seguro 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. En caso de cancelación por parte de los Asegurados, la Compañía puede ofrecer al Asegurado un Certificado de Seguro equivalente.

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 a lo menor de:

- a) Veinte (20%) por ciento 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 Medicamento 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.

ENFERMEDADES QUE SE MANIFIESTAN DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO OCHENTA (180) DIAS

Las siguientes enfermedades, las cuales existen, se manifiestan, son tratadas o han sido tratadas, o por las cuales se ha recomendado tratamiento antes o durante los primeros ciento ochenta (180) días de Cobertura bajo este Certificado, comenzado en la Fecha de Vigencia, no serán tratadas como Condiciones Pre-Existentes según la Definición 49 y no estarán cubiertas durante la Vigencia de este Certificado y no se pagaran beneficios: cualquier condición de las mamas, cualquier condición de la próstata, desordenes del sistema reproductivo, condiciones de la espalda y la columna vertebral. Si ha recibido una exención del periodo de espera de la Compañía como resultado de haber tenido una póliza internacional anterior, las condiciones mencionadas anteriormente se tratarán como una condición preexistente.

Las siguientes enfermedades, las cuales existen, se manifiestan, son tratadas o han sido tratadas, o por las cuales se ha recomendado tratamiento antes o durante los primeros ciento ochenta (180) días de Cobertura bajo este Certificado, comenzado en la Fecha de Vigencia, no serán tratadas como Condiciones Pre-Existentes y están sujetas a un periodo de espera de condición preexistente y otras limitaciones de cobertura descritas en el Certificado: cualquier condición de las mamas, cualquier condición de la próstata, desordenes del sistema reproductivo, condiciones de la espalda y la columna vertebral. El periodo de espera por condición preexistente aplicable a estas enfermedades específicas es de doce (12) meses después del descubrimiento inicial de la enfermedad.

Nota: La cobertura por dichas enfermedades o cirugías puede estar más limitada según las limitaciones o exclusiones de Condiciones Pre-Existentes y definiciones del Certificado.

La Compañía se reserva el derecho de asegurar personas consideradas en buen estado de salud y buen riesgo moral. Las condiciones Pre-Existentes no declaradas impiden a la Compañía de poder efectuar una evaluación adecuada del riesgo. Consecuentemente, las Condiciones Preexistentes no divulgadas no están cubiertas y podrían resultar en la negación de un reclamo médico y/o la cancelación de este Certificado o la reforma del contrato. (*Ver Exclusión Específica #9 y Exclusión Específica # 34*).

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 necesitara 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 resultara en reducción de beneficios. (*Ver Exclusión Especifica # 44*)
5. El Administrador se reserva el derecho de denegar cualquier precertificación cuando no se haya puesto en manos del Administrado 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 a lo estipulado en la página seis (6) 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 a lo estipulado en la página seis (6) 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 a 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 a 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 con 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.

DISPUTE RESOLUTION; FORUM SELECTION; WAIVER OF RIGHT TO JURY

The parties hereon agree that any and all disputes, claims, or controversies arising out of or relating to this policy, or its alleged breach, that are not resolved by the parties hereon, shall be submitted solely and exclusively to a court of competent jurisdiction in Madison County, Mississippi (the “Exclusive Forum”). The Insured hereby consents to personal jurisdiction and exclusive venue in the Exclusive Forum for any action arising from or in any way related to this policy, any relationship or transactions between the parties, or claims arising therefrom.

Each party hereby irrevocably waives its right to trial by jury in any litigation or proceeding arising out of this policy or the transactions relating to its subject matter.

The parties agree that any and all process in the Exclusive Forum may be served by personal delivery, registered mail or other courier (a) to the Company at its home office, and to the Insured at the most current address appearing on the records of the Company, with the same effect as if personally served, sent by registered mail or via courier. As a condition precedent to litigation, the parties agree to submit the dispute to mediation to be held in Madison County, Mississippi or such other location agreed upon in writing by the parties within one hundred and eighty (180) days of the event which brought about the dispute, claim or controversy between the parties hereon. **Failure of the Insured to give such notice to the Company within the one hundred and eighty (180) day period will relieve the Company of any and all liability for the dispute, claim or controversy.**

For any litigation between the parties, Company’s liability shall be limited to such amounts that are specified under this policy, with such interest thereon, if any. In no event shall Company be liable for any extra-contractual damages, whether characterized, without limitation, as consequential, exemplary, punitive or tort damages, for any disputes, claims or controversies arising out of or relating to this policy.

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 medicamente 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.

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 vigencia 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. **TODOS INCLUIDOS:** 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 cláusula adicionada al Certificado para clarificar, explicar o modificar las condiciones de la póliza.
7. **ANESTESIOLOGO:** Significa el documento o cláusula adicionada al Certificado para clarificar, explicar o modificar las condiciones de la póliza.
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 Medicamente 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. **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.
16. **CONSULTA o VISITA MEDICA:** Significa visitas o sesiones con un Médico/ Doctor o Proveedor de Servicios.
17. **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.
18. **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.
19. **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 tarifa 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.

20. **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.
21. **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.
22. **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.
23. **MONEDA:** Significa una forma generalmente aceptada de dinero. Todos los pagos relacionados con esta póliza serán pagaderos en (USD) dólares americanos.
24. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad específica seleccionada por el Solicitante que constituye su responsabilidad monetaria inicial en el momento que ocurre la pérdida.
25. **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.
26. **DEPENDIENTES:** Significa el cónyuge del Asegurado principal.
27. **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).
28. **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.
29. **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.
30. **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.
31. **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 el Administrador. Este beneficio no aplica para un miembro familiar no cubierto bajo este Certificado.
32. **TRANSPORTE TERRESTRE DE EMERGENCIA:** Significa la evacuación imperativa de un Asegurado en una ambulancia terrestre. Deberá ser considerado Medicamento Necesario. El transporte cubierto incluye solamente aquellos casos donde el transporte de Emergencia es proveído por un servicio de Emergencia reconocido.
33. **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.
34. **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.

35. **CUIDADO DE ENFERMERA EN EL HOGAR:** Significa los servicios proveídos en el hogar, supervisados por una Enfermera Registrada, que se dirigen hacia el cuidado personal del paciente, a condición de que dicho cuidado es en lugar del cuidado Medicamento Necesario mientras hospitalizado. Este cuidado debe ser prescrito por un Médico, ser Medicamento Necesario y Aprobado por el Administrador antes de que cualquier servicio sea prestado.
36. **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.
37. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Significa los tratamientos Medicamento Necesarios ordenados por un Médico y proveídos al Asegurado en un Hospital.
38. **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. Este cuidado debe ser prescrito por un Médico, ser Medicamento Necesario y Aprobado por el Administrador antes de que cualquier servicio sea prestado.
39. **LESION(ES):** Significa lesión corporal la cual es infligida por causa externa y nos auto infligida.
40. **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.
41. **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.
42. **SEGURO:** Significa la Cobertura descrita y proveída bajo este Certificado.
43. **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 práctica establecida por las instituciones médicas profesionales.
44. **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.
45. **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. Esta cobertura no incluye la estancia en el hospital en preparación para someterse a una cirugía al día siguiente.
46. **FECHA DE PAGO:** Significa el día en que la Prima del Certificado se debe, según se indica el Certificado de Cobertura.
47. **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.
48. **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.
49. **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 médica 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.

50. **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.
51. **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.
52. **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.
53. **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.
54. **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.
55. **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.
56. **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.
57. **REPATRIACION DE RESTOS MORTALES:** Significa el traslado del cuerpo del Asegurado al País de Residencia de Facto.
58. **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.
59. **SEGUNDA OPINION:** Significa la opinión médica de otro Médico que no es el Médico tratante actual.
60. **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.
61. **ENFERMEDAD:** Significa cualquier desviación o interrupción de la estructura o función normal del cualquier parte, órgano, sistema (o una combinación de los mismos) del cuerpo, que se manifiesta mediante síntomas, y señales cuya etiología, patología y pronóstico podrían ser conocidos o desconocidos.
62. **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.
63. **USD:** Significa dólares americanos.
64. **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.
65. **PERIODO DE ESPERA:** Significa el periodo de tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia del Certificado y termina ciento veinte (120) días después. Ninguna reclamación se pagará por enfermedad que se manifieste durante este tiempo.
66. **NOSOTROS, O NUESTRO:** Significa AmFirst Life Insurance Company I.I.
67. **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 # 44*).
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 con 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, según aplican de acuerdo al Certificado.
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 relacionada con un Accidente o lesión incurridos como resultado de un deporte riesgoso. Esto no incluye deportes vacacionales normales, tales como esquiar o esnorkel. Sin embargo, basado en la "Regla del Hombre Prudente", rechazaremos reclamaciones cuando se determina que riesgo o negligencia fueron un factor. Otros deportes también serán excluidos cuando envuelven un alto riesgo debido a inexperiencia, falta de cuidado, o conocimiento de condiciones peligrosas. Los deportes profesionales están excluidos.
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 tratamiento relacionados con una Lesión autoinfligida a propósito.
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, exámenes generales y pruebas diagnósticas relacionadas. Esto incluye servicios y suministros para inmunización.
12. Cualquier reclamación que surge 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 de este, 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 medicamente 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 embarazo o cualquier tipo de aborto (o sus consecuencias) pruebas y tratamientos relacionados.
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 médicamente necesarios, incluyendo tratamientos profilácticos.
26. Tratamiento por un miembro familiar.
27. Enfermedades que se manifiesten durante los primeros ciento veinte (120) 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 órganos 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. Cualquier tratamiento o atención médica relacionada a desordenes y/o defectos congénitos.
37. Enfermedades como consecuencia de alcoholismo, abuso de drogas o adicción a cualquier sustancia, sin importar la causa, y sus consecuencias.
38. Tratamiento para cualquier condición secundaria a una condición ya excluida en este Certificado.
39. 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.
40. 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.
41. Cualquier tratamiento o atención médica relacionada con una Lesión o Accidente que ocurra cuando este viajando como pasajero registrado en una nave comercial programada regularmente.
42. Cualquier reclamación reembolsable por cualquier Seguro de Responsabilidad del Empleador, Compensación Laboral o cualquier cobertura de Accidente Ocupacional.
43. 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.
44. 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.
45. Cualquier reclamación que surja por Trasplante de Medula Ósea en cualquier forma.
46. Cualquier reclamo presentado en los Estados Unidos, que exceda el 200% de la tarifa de Medicare en el estado donde se brindan los servicios.