

IDEAL

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

Ideal is issued by Best Meridian International Insurance Company SPC, hereinafter referred to as "THE INSURER". This Policy consists of the Application and the Medical Examination, the Certificate of Insurance, this document and any amendments which may be issued thereto.

Please carefully read the copy of the Application and Medical Examination (if applicable) which are attached to this Policy and notify the Insurer within ten (10) days of the receipt of this Policy if any of the information is incorrect or incomplete or if any medical history has changed subsequent to the date of the Application or been omitted from the Application and/or the Medical Examination. The Application and/or the Medical Examination are part of the Policy, which has been issued on the basis that the answers to all questions and all information shown on the Application and/or the Medical Examination are correct and complete as of the Date of Commencement.

In the United States of America, Ideal provides coverage in the Plan Ideal Provider Network. Payable benefits for services provided outside the Plan Ideal Provider Network will result in a fifty (50%) percent reduction of benefits, except under the Emergency Medical Treatment provision.

This Policy is subject to the following limits, as well as any other limits specified in the Policy.

SCHEDULE OF BENEFITS	LIMITS
Maximum Benefit Limit, as per stated on the Certificate of Insurance	US\$500,000 (US\$1,500,000 when rider has been selected)
Geographical Coverage	Worldwide
Medical and Surgical Charges during Hospitalization	100%
Physician Fees during Hospitalization	100%
Laboratory Tests and Diagnostic Services during Hospitalization	100%
Hospital Room	100%, Maximum 240 days
Intensive Care Unit	100%, Maximum 240 days
Hospital Room charges for Companion of Hospitalized Dependent under age 18	US\$100 per Day, Maximum 30 Days
Chemotherapy, Radiation Therapy and Dialysis	100%
Ambulatory Surgery	100%
Prescription Drugs	
• During Hospitalization	100%
• Outpatient	US\$2,000
Outpatient Services	100%, up to a Maximum US\$10,000
MATERNITY BENEFITS (Available for Deductible Options I, II & III):	
• Maternity	US\$2,500
• Maternity Complications	US\$50,000
• Newborn Care (conditions and/or disorders diagnosed during the first 90 days of life, other than congenital)	US\$10,000 per Child, Lifetime
Congenital Disorders	
• Diagnosed before age 18	US\$100,000, Lifetime
• Diagnosed after age 18	100%
Local Ambulance Services	100%
Emergency Dental Treatment following an Accident	100%
Organ Transplantation	US\$300,000 Lifetime
• Donor Resection	US\$25,000
Emergency Medical Treatment in the United States of America, outside the Ideal Provider Network	US\$50,000 per Incident

Permanent and Total Disability of Policyholder	US\$10,000 Lifetime
Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices	US\$5,000
Sexually Transmitted Disease Treatment	US\$1,000
Routine Medical Check-Up of Policyholder and Spouse	US\$150
Waiver of Premium upon Death or Permanent and Total Disability of Policyholder	2 Years
Home Nursing	30 days

All benefits are per Insured, per Policy Year unless otherwise stated and are subject to the Annual Deductible stated on the Certificate of Insurance. The benefits are subject to the usual and customary charges in the area where services are provided.

PROVISIONS OF COVERAGE

1. GENERAL

The Insurer will pay 100% of the eligible, certified expenses after the Annual Deductible has been satisfied for Hospital Services and Chemotherapy, Radiotherapy and Dialysis.

Outpatient Services will be covered at 100% of eligible, certified expenses up to US\$10,000 after the Annual Deductible has been satisfied.

The Annual Deductible as stated on the Certificate of Insurance will be applied per Insured, Per Policy Year to a maximum of two (2) deductibles per family, per Policy Year. Any expenses incurred in the last 90 days of the Policy Year that do not exceed the deductible will be carried over to the next Policy Year period.

In case of an Accident which is treated in the Country of Residence in which one or more Insureds covered under this Policy suffer injury, only one deductible shall apply per Policy Year with respect to the injured Insureds.

Fifty (50%) percent reduction will apply to the Annual Deductible for Hospital Services provided in Country of Residence of Insured, for Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).

No Annual Deductible shall apply to the following:

- Emergency Dental Treatment following an Accident
- Local Ambulance Service
- Maternity and Maternity Complications, for Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).
- Newborn Care, for Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).
- Routine Medical Check-up

Coverage during the first 30 days after the Date of Commencement is limited to Accidents and Infectious Diseases.

Maternity coverage will only apply to pregnancies when delivery actually occurs not less than ten (10) months after coverage is effective under this Policy. Coverage for Maternity benefits is only available for Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).

2. NOTIFICATION REQUIREMENT

The Insured must contact the Insurer at least 72 hours prior to any hospitalization or Outpatient Service. Notification may be accomplished by calling the telephone number indicated on the Insured's identification card. In case of an Accident or Emergency where it is impossible for the Insured to notify prior to receiving treatment, the Insured must notify the Insurer within 48 hours after commencement of treatment. Failure to notify the Insurer within the required time will result in a thirty (30%) percent reduction of benefits that would have been otherwise paid under the terms and conditions of this Policy.

3. UTILIZATION MANAGEMENT/UTILIZATION REVIEW PROGRAMS

The Insurer has established various Utilization Management/Utilization Review Programs ("UM/UR Programs"), including Admission Certification, Concurrent Review, and Case Management.

All decisions that require or pertain to independent professional medical/clinical judgment or training, or the need for medical services, are solely the responsibility of the Insured and the Insured's Physicians and health care providers. Insureds and their Physicians are responsible for deciding what medical care should be rendered or received, and when and how that care should be provided. The Insurer is solely responsible for determining whether expenses incurred, or to be incurred, for medical care are or would be, covered under this Policy. In fulfilling this responsibility, the Insurer shall not be deemed to participate in or override the medical decisions of any Insured's health care provider.

All hospitalizations and Outpatient Services must be certified by the Insurer in order for the Insured to receive coverage under this Policy.

A. Concurrent Review

Under its UM/UR program, the Insurer may (but shall not be required to) review Hospital stays and other health care treatment programs during the course of such stay or treatment program. Any such review is conducted solely to determine whether the Insurer should continue coverage and/or payment for a particular admission.

The Insurer may review specific medical facts or information and assess, among other things, the appropriateness, health care setting and/or the level of care, of a Hospital admission or other health care treatment programs. Such coverage and/or payment determinations made by the Insurer and any reviews or assessments of specific medical facts or information which it conducts, are solely for purposes of making such coverage or payment decisions under this Policy and not for the purpose of recommending or providing medical care.

B. Case Management

This program may be made available by the Insurer, at its sole discretion, for those Insureds who have a catastrophic or chronic condition. Under this program, the Insurer may elect to (but is not required to) offer alternative benefits or payment for cost-effective health care services. These alternative benefits or payments may be made available by the Insurer on a case-by-case basis to Insureds who meet the Insurer's criteria then in effect. Such alternative benefits or payments, if any, will be made available in accordance with a treatment plan with which the Insured, or a representative of the Insured acceptable to the Insurer, and the Insured's Physician agree in writing.

The Insurer's offering to provide or providing of any alternative benefits or payments in no way obligates the Insurer to continue to provide such alternative benefit payments, or to provide alternative benefits or payment to the Insured or any other person insured by the Insurer at any time. Nothing contained in this section shall be deemed a waiver of the Insurer's right to enforce this Policy in strict accordance with its terms. The Rules, Terms, and Definitions of this Policy will continue to apply, except as specifically modified in writing by the Insurer, when alternative benefits or payments under this program are made available.

C. Second Surgical Opinion

If an Insured schedules any non-emergency surgical procedure, the Insured must notify the

Insurer at least 72 hours prior to the scheduled procedure. At the Insurer's option, a second surgical opinion from a Physician chosen by the Insurer may be required regarding the scheduled surgical procedure. Only those second surgical opinions required and coordinated by the Insurer are covered. In the event the second surgical opinion contradicts or does not confirm the need for surgery, the Insurer will also pay for a third opinion from a Physician chosen by the Insurer. If the second or third opinion confirms the need for surgery, benefits for the surgery will be paid according to this Policy. If the Insurer requests a second opinion and the surgery is performed without first obtaining a second opinion from a Physician chosen and coordinated by the Insurer, the surgical procedure and its consequences will not be covered under this Policy.

RULES, TERMS AND DEFINITION

The Insurer will pay for medical expenses as specified in this Policy, if medically necessary, incurred as a direct result of the Insured suffering bodily injury, Sickness or being pregnant during the period of insurance. Payment will be limited to the Usual and Customary Charges incurred, as defined in this Policy.

The legal representative of the Insured shall have the right to act for an Insured who is incapacitated or deceased. Benefits are payable to the Insured, the legal representative or to the licensed providers of medical care.

The following definitions apply to this insurance:

ACCIDENT means any sudden and unforeseen event occurring during the Policy Year period, resulting in bodily injury, the cause of which is completely external to the victim's own body, is unforeseen and occurs beyond the victim's control.

AMBULATORY SURGERY is any surgery performed in the Outpatient section of a Hospital for cases in which an overnight stay in a hospital is not necessary; free-standing surgical facilities or Physician's surgical suite. This benefit is available through the Plan Ideal Provider Network, after notification to the Insurer. Payable benefits for Ambulatory Surgery provided outside the Plan Ideal Provider Network will result in a fifty (50%) percent reduction of benefit.

ANNUAL DEDUCTIBLE is the amount paid by the Insured for eligible, certified expenses before benefits become payable under this Policy.

CLASS shall mean all individuals issued this Policy within the same underwriting classification, as defined by the Insurer at the time of issue or renewal.

Underwriting classification shall include, but not be limited to, individuals residing in a common or similar

geographical area; individuals belonging to the same age group or sex; individuals whose policies have the same year of issue; individuals who are engaged in the same or similar occupation; individuals whose policies have the same or similar exclusion provisions; or those individuals with similar claims experience.

CONGENITAL DISORDERS or diseases are structural or functional abnormalities by anatomic alterations of the intrauterine stage and can generate alterations of organs, limbs or systems; are those that occur from birth and are caused by a disorder during embryonic development, during labor or as a result of hereditary disorders. The coverage under this Policy for Congenital Disorders is as follows:

- A. The lifetime maximum benefit for any Congenital Disorder diagnosed before the Insured's eighteenth (18th) birthday will be up to US-\$100,000.- per Insured, including any benefit already paid or to be paid, for the same condition under the existing Newborn Care benefit of this Policy.
- B. The lifetime maximum benefit for any Congenital Disorder diagnosed after the Insured's eighteenth (18th) birthday will be up to the maximum Policy limit as stated on the Certificate of Insurance.

COUNTRY OF RESIDENCE is the country where the Insured resides the majority of any Policy Year, or where the Insured has resided more than 180 days during any 365-day period while the Policy is in force. If an Insured changes his country of residence, the Insured must notify the Insurer within 30 days of such change. No person, other than a full-time student Dependent, may reside in the United States for more than 180 days during any 365-day period.

CURRENCY: The US Dollar will be the currency that applies to all transactions with this Policy, unless otherwise indicated.

DATE OF COMMENCEMENT is the effective date specified on the Certificate of Insurance and is not the date of the Application for Insurance.

DEPENDENT means a legally married or common law spouse of the Policyholder (but excludes those legally separated) and/or unmarried children, step-children, foster children, or legally adopted children who are either living with or in a household provided by the Policyholder or who are dependent on the Policyholder for support, on the Date of Commencement of coverage or the renewal date. In the event such children are single and residing with the Policyholder, they may remain as Dependents until their 30th birthday. In the event the Dependent is studying outside of his/her Country of Residence on a full time basis he or she may remain as a Dependent until their 24th birthday.

DUE DATE means the date in which any installment of premium falls due.

DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHESES AND ORTHOPEDIC DEVICES: The coverage of this benefit is subject to the requirement that the Durable Medical Equipment be necessary and reasonable for the treatment of an Illness or Injury, or to improve the functioning of a malformed body part. Equipment will be considered necessary when it can be expected to make meaningful contribution to the treatment of an Illness or Injury or to the improvement of a malformed body part. Prostheses and Orthopedic Devices are devices prescribed by a Physician to correct malfunctions or to replace all or part of a body organ as a result of a covered Injury or Illness.

For the purposes of coverage, Durable Medical Equipment shall be prescribed by an authorized Physician, withstand repeated use, perform a therapeutic function, be useless to a person in the absence of Illness, Injury, functional disability or congenital anomaly, and when its main purpose is not to assist a patient who is temporarily or permanently disabled. Although an item may be classified as Durable Medical Equipment, it may not be covered in every instance. Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices must be approved and coordinated in advance by the Insurer. Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices will be provided by the Insurer or reimbursed at the cost that the Insurer would have incurred if purchased from its providers. All decisions respecting acceptance or coordination of this benefit shall be taken solely by the Insurer. Durable Medical Equipment, Prostheses and Orthopedic Devices are limited to US-\$5,000- per Insured, Per Policy Year.

EMERGENCY is a sudden and unforeseen Illness or Accident covered by the Policy, which endangers the life or the body of the Insured, which requires immediate Emergency treatment to avoid loss of life or serious damage to the body.

EMERGENCY DENTAL TREATMENT FOLLOWING AN ACCIDENT is emergency treatment necessary to restore or replace sound natural teeth lost or damaged in an Accident, which is provided within ninety (90) days of the Accident.

EMERGENCY MEDICAL TREATMENT: In the United States of America, Ideal provides Emergency Medical Treatment outside the Plan Ideal Provider Network in those cases where the emergency treatment is required to avoid loss of life or serious Injury. Covered charges related to an emergency admission outside the Plan Ideal Provider Network will be paid up to fifty thousand dollars (US\$-50,000.-) per incident, after the annual deductible has been satisfied. The Insured will be responsible for fifty percent (50%) of all covered medical and hospital charges that exceed the benefit of fifty thousand dollars (US\$-50,000.-) on services rendered outside the Plan Ideal Provider Network.

If the problem is not an emergency as defined above, the Insured will be responsible for all charges incurred.

FAMILY MEMBER is defined to be a spouse, father, mother, brother, sister, child, grandchild, father-in-law, mother-in-law, aunt or uncle of the Insured.

HOME NURSING means the medical services of a government licensed nurse in the Insured's home when prescribed by a Physician and related directly to a Sickness or Injury for which the Insured has received and is receiving covered treatment subject to the Rules, Terms, and Definitions of this Policy. Home Nursing will be covered after the Annual Deductible has been satisfied, subject to the reasonable, usual and Customary Charges in the area where such services are provided. This benefit is limited to a maximum of 30 days, per Policy Year. All decisions respecting acceptance or coordination of this benefit shall be taken solely by the Insurer. A treatment plan must be submitted that justifies the medical need and does not include custodial care.

HOSPITAL is any institution which is legally licensed as a medical or surgical Hospital in the country in which it is located, where Sickness of acute nature as well as emergencies can be treated and which is not a spa, hydroclinic, sanatorium, rehabilitation institution, nursing home, or home for the aged. It must be under the constant supervision of a resident Physician.

HOSPITAL ROOM CHARGES FOR COMPANION OF HOSPITALIZED DEPENDENT means charges incurred and included in the hospital bill for overnight accommodations in the hospital for the companion of a hospitalized Dependent under age 18 will be payable up to US-\$100.- per day, up to 30 days of hospital stay.

HOSPITAL SERVICES are medical services provided to the Insured only when appropriate diagnostic procedures and/or treatment are not available as Outpatient Services and when admitted as a registered patient to a Hospital as defined above for a continuous period of not less than 24 hours or for a period of less than 24 hours only where there is a scheduled surgery. Hospital Services include hospital room and meal charges, use of all Hospital medical facilities, and all treatments and medical services ordered by a Physician, including intensive care when this is medically required.

INFECTIOUS DISEASES mean common communicable diseases caused by viruses, bacteria, fungi or parasites.

INJURY means bodily injury caused by an Accident which occurs within the Policy Year period.

INSURED is an individual who has completed or whose name is included on the Application, has paid premium for coverage, for whom coverage has been confirmed and who has been issued a Policy.

LABORATORY TESTS AND DIAGNOSTIC SERVICES

include laboratory testing procedures and radiographic and nuclear medicine procedures used to diagnose and treat medical conditions.

Laboratory Tests and Services are included as Outpatient Services if they are provided or ordered by a licensed Physician.

LOCAL AMBULANCE SERVICE is emergency medical transportation to a local Hospital.

MATERNITY

- A. Coverage is limited to pregnancies where the actual date of delivery is at least ten (10) months after the Date of Commencement for the respective Insured.
- B. Coverage is limited to Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).
- C. All costs related to pre- and post-natal treatment, complications of pregnancy or delivery, childbirth and abortion are limited to the Maternity benefit maximum listed in this Policy, unless there is a Maternity Complication as defined in this Policy. The Maternity benefit is limited to the Usual and Customary Charges in the area where the Maternity occurs.
- D. Policyholders who were previously a Dependent child under another Policy with Maternity Benefits, with the Insurer must have been insured under the previous Policy for a minimum of ten (10) months to be eligible for this benefit.
- E. This benefit is available to female Dependent children.
- F. This benefit is not available if Maternity is excluded by any other provision of this Policy.

MATERNITY COMPLICATIONS mean the abnormal course of pregnancy and postpartum period that prevents that the mother may have a normal delivery under regular medical care. For purposes of this benefit, an elective C-Section, or a C-Section occurring after a prior C-Section, are not considered Maternity Complications. This benefit does not apply for complications related to any condition excluded or not covered under this Policy, including but not limited to complications of maternity or the newborn during childbirth, arising out of a pregnancy resulting from any type of fertility treatment or any type of procedure of assisted fertility, or non-covered pregnancies. Maternities not considered as Maternity Complications will be limited to the Maternity benefit maximum listed in this Policy. Maternity Complications will only be covered when the Maternity is covered under this Policy. This benefit has a limit of US-\$50,000.- per pregnancy.

Maternity Complications is limited to Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).

MEDICALLY NECESSARY refers to a treatment, service or medical supply which is determined by the Insurer to be necessary and appropriate for the diagnosis and/or treatment of a Sickness or Injury. A treatment, service or supply will not be considered medically necessary if:

- a) It is provided only as a convenience to the Insured, the Insured's family, or the provider;
- b) It is not appropriate for the Insured's diagnosis or treatment;
- c) It exceeds the level of care which is needed to provide adequate and appropriate diagnosis or treatment;
- d) It is not scientifically or medically recognized;
- e) It is considered experimental and not approved by the Food & Drug Administration of the USA.

NEWBORN CARE: Will include costs for medically necessary treatment, including routine care, provided to the newborn child(ren). Newborn Care shall also include the costs for medically necessary treatment for Sickness and/or medical conditions and disorders diagnosed during the first 90 days of life of a newborn child(ren). Treatment for any such diagnosed medical condition and/or disorder shall be subject to a maximum lifetime limit US-\$10,000.- per child. Newborn Care will only be covered when the Maternity is covered under this Policy. Routine Newborn Care is covered from the date of birth up to the first thirty one (31) days of life.

Newborn Care is limited to Deductible options I (US\$500), II (US\$1,000) and III (US\$2,500).

NOTIFICATION is the procedure whereby the Insured notifies the Insurer by calling the telephone number indicated on the Insured's identification card.

ORGAN TRANSPLANTATION means the cost of transplantation of kidneys, heart, liver, bone marrow, cornea or pancreas. No other Organ Transplantation is covered. This benefit is only available through the BMI Transplant Provider Network, after notification to the Insurer. This benefit has a lifetime limit of US-\$300,000.- per Insured. This benefit also includes the medical expense of a resection from a donor up to a maximum of US-\$25,000.-

OUTPATIENT SERVICES are medical treatments provided for the Insured when the Insured is not a registered in-patient in a Hospital, or in any other facility for medical care. Outpatient Services include services performed on a daily basis in a Hospital or emergency room.

Outpatient Services are covered at 100% up to US-\$10,000.- per Insured, per Policy Year.

Outpatient Services treatment for Chemotherapy, Radiation Therapy and Dialysis will be covered at 100% in or outside Country of Residence up to the stated Policy limit, only when performed in Outpatient Services

facilities or by Physicians within the Plan Ideal Provider Network, subject to pre-authorization by the Insurer. Chemotherapy will only be covered when prescribed for cancer treatment. Outpatient Services treatment in the United States of America, for Chemotherapy, Radiation Therapy and Dialysis performed in Outpatient services facilities or by Physicians in the United States of America that are outside the Plan Ideal Provider Network will result in a fifty (50%) percent reduction of benefits.

PERMANENT AND TOTAL DISABILITY means Permanent and Total Disability as defined in the Certificate of Permanent and Total Disability, if applicable. Coverage is limited to Policyholders who at the Date of Commencement are between 18 and 59 years old and whose main and/or usual occupation is not that of a housewife or a student. This benefit is subject to the terms and conditions established in the Certificate of Permanent and Total Disability.

PHYSICIAN is any person legally licensed to practice medicine in the country where treatment is provided and includes doctors of medicine, general practitioners, specialists, and consultants and who is rendering such treatment within the scope of his licensing and training.

PLAN IDEAL PROVIDER NETWORK is a group of Hospitals, Physicians and other medical providers in the United States of America, listed by the Insurer as the Plan Ideal Provider Network. This list may be changed periodically. To ensure that the provider of medical services is in the Plan Ideal Provider Network, all treatment, except Emergencies, must be coordinated by the Insurer.

POLICYHOLDER means any person insured under this Policy in whose name this Policy is issued. All other Insureds appearing on this Policy shall be considered as Dependents.

POLICY YEAR is the period of insurance of an Insured beginning with the Date of Commencement and ending twelve (12) months later.

PRE-EXISTING CONDITIONS are any known medical conditions which are a consequence of any previous Sickness that has ever required hospitalization, medical treatment and/or medication or has been diagnosed within ten (10) years prior to the Date of Commencement.

All disclosed Pre-existing Conditions shall be covered after the Policy's original Date of Commencement, upon expiration of the waiting period applicable to this Policy, unless otherwise indicated and noted in the Certificate of Insurance.

Treatment for non-disclosed Pre-existing Conditions is not covered. Furthermore, non-disclosed Pre-existing Conditions or misleading information given to the

Insurer could result in the denial of a claim, modification of the Policy, and/or the cancellation of the Policy.

PRESCRIPTION DRUGS are medications whose sale and use are legally restricted to prescription by a licensed Physician and do not include items that may be purchased without a Physician's prescription. Prescription Drugs, which are eligible certified expenses, will be covered when related to an Accident or Sickness covered under this Policy.

This benefit applies to Prescription Drugs that are administered while an inpatient during a Hospital stay and that are related to the procedure or treatment for which the Insured was hospitalized.

Prescription Drugs outside the Hospital, will be covered up to US-\$ 2,000.- per Insured, per Policy Year when related to an Accident or Sickness covered under this Policy.

Prescription Drugs prescribed as Chemotherapy, including any Prescription Drugs for side effects, will be covered at 100% only when all the following are met: (1) the medication is prescribed for cancer treatment, (2) when the medication is recognized, approved, and specifically, for the intended condition, by the Food and Drug Administration of the USA as chemotherapy, and 3) when the medication has been pre-authorized by the Insurer. The treatment plan should strictly adhere to the FDA guidelines for type of cancer, stage and location.

Specialty Prescription Drugs are high-cost, high complexity and/or high touch prescription medications used to treat complex, rare, or chronic conditions. Any medication not given while hospitalized will be considered as an outpatient drug. All decisions in respect to acceptance or coordination of the Specialty Prescription Drug benefit shall be taken solely by the Insurer. In the event the approved specialty drug can be safely administered in a preferred outpatient setting, the insurer will coordinate the drug delivery and its administration at such facility. In the event the approved specialty drug is self-administered, the insurer will coordinate drug dispensing and delivery with either the prescriber or a licensed network pharmacy or pharmacy distributor.

Specialty Drugs must be approved in advance by the Insurer to be covered and will be coordinated and provided in advance by the Insurer with approved licensed pharmacies and drug distributors within the policy network and will be considered only when it is the only treatment option and/or other treatment options have been exhausted. Approved Specialty Drugs are limited to a 30 day supply in order to prove effectiveness and safe for use prior to continuing the treatment. If drug is effective, it will be approved by the insurer according to plan of treatment.

All decisions respecting acceptance or coordination of the Prescription Drug benefit shall be taken solely by the Insurer.

PROFESSIONAL SPORTS, as opposed to amateur, are sports in which the participants receive payment or monetary compensation for their performance either in competitions, demonstrations, or training.

ROUTINE MEDICAL CHECK-UP means a medical examination performed by a licensed Physician to control the status of health. This benefit is only available to the Policyholder and insured spouse provided that they have been continuously covered under this Policy for at least one (1) Policy Year. Thereafter, this benefit will be available as an Outpatient Service each Policy Year of continuous coverage. This benefit is limited to US-\$150.- each, per Policy Year.

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE means medical services and costs provided to the Insured as a consequence of Sexually Transmitted Disease. Treatment shall only be covered when the disease has been acquired after the Date of Commencement of the Policy. The following diseases are not covered under this benefit:

- a) Herpes (all types)
- b) Human Papillomavirus (HVP)
- c) Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

This benefit has a maximum limit of US-\$1,000.- per Insured, per Policy Year.

SICKNESS means illnesses or disorders of which symptoms first manifest themselves after the Date of Commencement and during the Policy Year.

USUAL AND CUSTOMARY CHARGES: Benefits payable under this Policy are limited to the medically necessary services and treatments certified by the Insurer as covered where appropriate. Amounts payable shall be limited to the reasonable, Usual and Customary Charges for Hospital and medical services in the area where such services are provided.

WAIVER OF PREMIUM: If, as a consequence of a covered Accident or Sickness occurring or commencing after the Date of Commencement of the Policy, the Policyholder dies or becomes totally and permanently disabled and incapable of performing the activities of his/her usual profession; and if the Policyholder has not attained his 60th birthday at the time of death or disability; and in case of disability if the disability continues without interruption for six (6) months and it is medically certified that it will continue, the Insurer will provide continued coverage for the disabled Policyholder and his/her Dependents insured under this Policy by waiving all premiums which become due during the two (2) years following the date of death or the date on which the disability began, as long as the Policyholder remains totally and permanently disabled.

The Insurer reserves the right to require proof of death or in case of disability proof of continued disability and to have the Policyholder examined at the Insurer's own expense. In the event of death of the Policyholder arising from the condition which caused the total and permanent disability, the Insurer will continue to Waive Premiums for the surviving Dependents insured under this Policy for the remainder of the two (2) year period. In the event of remarriage or cohabitation of the surviving spouse, this benefit will cease automatically for the surviving spouse and all Dependents covered under this Policy.

ADMINISTRATION

CLAIMS PAYMENT: Whenever possible, the Insurer shall make direct payments to providers of medical services. When not possible, the Insurer will reimburse the Insured the contractual rate given the Insurer by the provider involved and/or in accordance with the usual, customary, and reasonable fees for that particular area, whichever is less. Any charges or portions of charges in excess of these amounts are the responsibility of the Insured. If a Policyholder is not living, the Insurer will pay any unpaid benefits to the spouse named on the Application for Insurance; if no spouse is named, any unpaid benefits will be paid to the deceased Policyholder's estate. When direct payments to providers of medical services is not possible, reimbursement to the Insured will be made in the same currency in which medical services were paid to the providers by the insured.

COORDINATION OF BENEFITS: Where the Insured has another in force policy that provides benefits similar to those covered by this Policy, all claims must be made in the first instance against the other policy and this Policy will only indemnify its benefits when such benefits under the other policy have been paid and exhausted. The amounts paid for benefits covered under the other policy that are eligible under this Policy, will be applied to the Annual Deductible of the Insured. Once the Annual Deductible has been satisfied, the expenses that have not been paid by the other policy will be covered by this Policy, provided that they are eligible according to the Rules, Terms and Limits of this Policy. Outside the Country of Residence, this Policy will act as primary insurance retaining the right to Subrogation.

Subrogation and Indemnification

Should the Insured receive benefits under the Policy, the Insurer will acquire all rights of recovery or causes of action that the Insured may have against any person or organization, up to the amount of benefits paid. The Insured must sign and deliver any documents needed and do whatever else is necessary to protect the Insurer's subrogation rights.

ELIGIBILITY: Any person who resides in Latin America or the Caribbean will be eligible for coverage. The maximum age for enrollment is 70. The minimum age

for enrollment is 18, unless the individual is a Dependent of the Policyholder.

Individual(s), including Dependents, are eligible for enrollment subject to the Insurer's approval of the Application for Insurance. Applicants age 65 and over are eligible for enrollment subject to the Insurer's approval of the Application of Insurance and a Medical Examination which must be documented on the Insurer's medical questionnaire.

a) **Newborn Children**

Newborn Children of a Maternity covered under this Policy, will be automatically covered up to the specific limit as specified under Newborn Care subject to the Addition Form and/or Birth Certificate and payment of the premium must be sent to the Insurer within ninety (90) days following the date of birth. If this requirement is not met, an application for insurance will be required on the addition and will be subject to underwriting.

b) **Dependents**

Dependents who were covered under a prior Policy with the Insurer and who are otherwise eligible for coverage under their own separate Policy, will be approved without underwriting for the same or higher deductible plan and with the same conditions and restrictions in existence under the prior Policy which afforded them coverage with the Insurer. Dependent's application must be received within sixty (60) days prior to the renewal date of the Policy which previously afforded the Dependent coverage. If a Dependent child becomes married, discontinues being a full-time student or if a Dependent spouse ceases to cohabit or be married to the Policyholder by reason of separation, divorce or annulment, coverage for such Dependent will terminate at the end of the Policy Year.

GRACE PERIOD: If premiums are not received by the Due Date, the Insurer will allow a Grace Period of thirty (30) days from the effective date of termination of the Policy for the Policy to be renewed. If the premium is not received by the Insurer prior to the end of the Grace Period, this Policy and all of its benefits will be deemed terminated as of the original Due Date of the Policy. Benefits are not provided under the Policy during the Grace Period unless the Policy is renewed.

MISSTATEMENT OF AGE: If it has been proven that an Insured's age has been misstated and accordingly, such Insured would not have been eligible for coverage, the Insurer's liability will be limited to a Refund, as defined. The Insurer retains the right to recover any and all claim(s) previously paid.

PHYSICAL EXAMINATIONS: The Insurer, at its own expense, shall have the right and opportunity to

examine any Insured whose Sickness or Injury is the basis of a claim, when and as often as considered necessary by the Insurer during the pendency of the claim. The Insured shall make available to the Insurer all medical reports and records and, when requested by the Insurer, shall sign all authorization forms necessary for the Insurer to obtain such medical reports and records. Failure to authorize the release of all medical records requested by the Insurer will cause a claim to be denied. The Insurer has the right to request an autopsy in the case of death at a facility of the Insurer's choice.

POLICY CANCELLATION OR NON-RENEWAL: The Insurer retains the right to cancel or modify the Policy immediately if statements on the Application and/or the Medical Examination Form are found to be misrepresentations or incomplete, or if it is found that fraud has been committed.

If an Insured becomes a resident of the U.S. (resides in the U.S. for more than 180 days during any 365 day period) then coverage will automatically terminate at the next Renewal Date. If the Policyholder or spouse becomes a full-time student in the United States of America while this Policy is in effect, the Insurer, at its option, may extend coverage for one additional renewal period.

Submission of a fraudulent claim is grounds for termination of the Policy.

PREMIUM PAYMENT: Payment of the premium on time is the responsibility of the Insured. The premium is due on the Due Date. Premium notices are provided as a courtesy and the Insurer provides no guarantee of delivering premium notices. If an Insured has not received a premium notice thirty (30) days prior to the Due Date and the Insured does not know the correct renewal premium payment, the Insured should contact the Insurer.

Unless premium described herein is paid to the Company at its Home Office within the grace period as provided in the policy, the policy will lapse and benefits terminate. No agent has the power, on behalf of the Company to extend the time for paying premiums, nor shall payment to the agent be considered payment to the Company.

PROOF OF CLAIM: Written proof of all claims including Maternity claims must be submitted to the Insurer on the Insurer's Claim Form within 180 days after the insured event for which the claim is made. Failure to submit a claim within the time required shall serve to invalidate the claim. Original receipts must be submitted with the Insurer's Claim Form and in the original currency in which billed. Photocopies of receipts are not acceptable. The Maternity benefit becomes payable after delivery. Exchange rates for payment of claims will be in accordance with the free market exchange rate at the

time the fully documented claim is received by the Insurer.

All decisions respecting acceptance or rejection of any claim shall be taken solely by the Insurer.

REINSTATEMENT OF POLICY: If the Policy has been terminated for non-payment of premium due, the Insurer will consider its Reinstatement only after payment of the premium and submission of the Reinstatement Application Form as evidence of good health. No Reinstatements will be accepted 60 days after expiration of the Due Date.

The Reinstatement will occur when the Insurer:

- a) Accepts the overdue premiums, and
- b) Approves the Reinstatement Application Form.

The reinstated Policy will cover only Accidents that occur after the Policy Reinstatement date or a Sickness, the symptoms of which first manifest themselves not less than ten (10) days after the Reinstatement date, or Maternity when delivery actually occurs not less than ten (10) months after the Policy Reinstatement date.

REFUNDS: If an Insured or the Insurer cancels the Policy after it has been issued, reinstated or renewed, the Insurer will refund the unearned portion of the premium, less claims paid, administrative charges and policy fees, if any, to a maximum of 70% of unearned premium. Any policy fee and 30% of the base premium are non-refundable. The unearned portion of the premium is based on 365 days, or 180 days in the case of semi-annual Policy, minus the number of days the Policy was in force, even though later cancelled. In no event will premiums be refunded for a term exceeding one (1) Policy Year. In the case of cancellation due to the death of the Policyholder, the premium to be refunded will be paid to the spouse named on the Application for Insurance; if no spouse is named, then the premium to be refunded will be paid to the deceased Policyholder's estate.

RENEWAL PROVISIONS: It is agreed that the renewal of coverage is guaranteed, except in case of non-payment of premium, fraud and/or misrepresentation, provided that:

1. The Policy has remained continuously in force without interruption.
2. The Insured accepts the Rules, Terms, Definitions and Benefits of the Policy prevailing at the time of Renewal.
3. No notice of cancellation has been given by the Policyholder at least one (1) month prior to the renewal and the premium has been paid within thirty (30) days of the renewal date, in which case, renewal of coverage, shall be automatic. At each renewal a receipt will be issued as evidence that the insurance is in force.

It is further agreed that this Policy shall be renewed on each renewal date subject to the Rules, Terms, Definitions, Benefits and premium rates in force at the time of each renewal. The Insurer has the right to adjust premiums and change the Rules, Terms, Definitions and Benefits of the Policy for any class at the time of each renewal.

TERM OF POLICY: Policies are deemed annual contracts subject to payment of premium. Policies not paid by the Due Date or within the Grace Period shall be cancelled as of the Due Date.

BINDING ARBITRATION OF ALL DISPUTES

Any and all disputes, claims, controversies, arising out of or relating to this Policy and Certificate of Insurance must be submitted to binding arbitration in Miami-Dade County, Florida, and must be conducted in the English language. The arbitration shall be governed by the Federal Arbitration Act, 9 U.S.C. §§1-16, 201-208, and 301-307, to the exclusion of state laws inconsistent therewith or that would produce a different result, and judgment on the award rendered by the arbitrator may be entered by any court having jurisdiction thereof. The laws of the state of Florida shall be deemed the controlling and applicable law under this Policy and Certificate of Insurance, with the exception of the Florida Insurance Code codified at Florida Statutes Chapters 624-632, 634, 635, 636, 641, 642, 648, and 651, and any and all federal regulations, including without limitation the Patient Protection and Affordable Care Act, which are specifically excluded from having any applicability to this Policy and Certificate of Insurance. Notwithstanding the foregoing, the insured and the company agree that the terms, conditions, provisions and exclusions of this Policy and Certificate of Insurance are to be construed in an evenhanded fashion as between the parties, including without limitation, where the language of this Policy and Certificate of Insurance are alleged to be ambiguous or otherwise unclear, the issue shall be resolved in the matter most consistent with the relevant terms, conditions, provisions or exclusions of the Policy and Certificate of Insurance (without regard to the authorship of the language or the doctrine of reasonable expectation of the parties and without any presumption or arbitrary interpretation or construction in favor of either party or parties) and in accordance with the intent of the parties. The arbitrators' award shall not include punitive or exemplary damages. The expense of arbitration shall be shared equally between the insured and the company, and each party will pay their own legal and attorney's fees and costs incurred in the arbitration.

The insured and the company will submit their dispute to three (3) arbiters. Each party will choose one arbiter and the third arbiter will be chosen by the two arbiters chosen by the parties. Either party can initiate arbitration

by written notice to the other party naming an arbiter and demanding arbitration. The other party shall have thirty (30) days once such notice is received to name its arbiter. The two chosen arbiters will choose the third arbiter within thirty (30) days. If either party fails to name a second arbiter within the thirty (30) days from when notice is served, then the party who failed to choose the arbiter agrees that the other party will choose the second arbiter at the expiration of the thirty (30) days, and the arbitration will move forward as above, after selection of the third arbiter. Arbitration will take place in the State of Florida in Miami-Dade County wherein exclusive jurisdiction lies and is hereby agreed to by the insured and the Company.

Except as may be required by law or to the extent necessary in connection with a judicial challenge, or enforcement of an award, neither a party nor the arbitrators may disclose the existence, content, record or results of an arbitration. A stenographic record shall be made of all testimony in any arbitration, and an award shall be accompanied by a short statement of the reasoning on which the award rests.

In the event a Party believes there is a clear error of law, and within thirty (30) days of receipt of an award of US\$250,000.00 or more, which shall not be binding if an appeal is taken, a Party may notify the other party of its intention to appeal the award to a fourth arbitrator (the "Appeal Arbitrator") who shall have no less than twenty (20) years of experience in the active practice of law or as a former judge, and to which the parties must agree on. If the parties cannot agree upon an Appeal Arbitrator, then the third arbitrator selected shall select the Appeal Arbitrator. The award, as confirmed, modified or replaced by the Appeal Arbitrator shall be final and binding, and judgment thereon may be entered by any court having jurisdiction thereof. No other arbitration appeals may be made.

The Parties will cooperate in good faith in the voluntary, prompt and informal exchange of all documents and information (that are neither privileged nor proprietary) relevant to the dispute or claim, all documents in their possession or control on which they rely in support of their positions or which they intend to introduce as exhibits at the final hearing, the identities of all individuals with knowledge about the dispute or claim and a brief description of such knowledge, and the identities, qualifications and anticipated testimony of all experts who may be called to testify or whose report may be introduced at the hearing. The Parties and arbitrators will make commercially reasonable efforts to conclude the document and information exchange within sixty (60) calendar days after all pleadings or notices of claims have been received and the arbitration has been officially commenced. At the request of a Party in any arbitration in which a disclosed claim or counterclaim exceeds US\$250,000.00, the arbitrators may also order prefinal hearing discovery by deposition upon good cause shown. As they become aware of new documents or information (including experts who may be called

upon to testify), all Parties remain under a continuing obligation to provide relevant, nonprivileged documents, to supplement their identification of witnesses and experts, and to honor any understandings between the Parties regarding documents or information to be exchanged. Documents that have not been previously exchanged, or witnesses and experts not previously identified, will not be considered by the arbitrators at the hearing. Fourteen (14) calendar days before the hearing, the Parties will exchange and provide to the arbitrators (a) a list of witnesses they intend to call (including any experts) with a short description of the anticipated direct testimony of each witness and an estimate of the length thereof, and (b) premarked copies of all exhibits they intend to use at the hearing.

The arbitrators may only award monetary relief, and are not empowered to award damages other than compensatory damages and, in the arbitrators' discretion, interest. The arbitrators' award shall not include punitive or exemplary damages. The award shall be in satisfaction of all claims by all Parties. Arbitrator fees and expenses shall be borne equally by the Parties. Postponement or cancellation fees and expenses shall be borne by the Party causing the postponement or cancellation. Except as otherwise provided in this Policy, each Party shall bear its own fees and expenses incurred, including but not limited to all filing fees, witness fees, expert witness fees, transcript costs, translator and translation costs, and its attorney's fees.

The Parties agree that any arbitration or other proceeding related to a dispute arising under this Policy and/or Application for said Policy, shall be conducted solely between them. Neither Party shall request, nor consent to any request, that their dispute be joined or consolidated for any purpose, including without limitation, to any class action or similar procedural device, with any other proceeding between such Party and any third party.

No agent may waive or change any provisions of the Application for Insurance, this Policy, or any document issued in respect thereof. Only an authorized officer of the Insurer may make any changes or waivers and such changes must be in writing.

EXCLUSION AND SANCTION LIMITATION (ESL)

The Insurer will not be obliged to grant or maintain coverage and the Insurer will not be responsible for paying any claim or providing any benefit under this contract, to the extent that granting such coverage, paying such claim or providing such benefit exposes the Insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the Cayman Islands, (a British overseas territory), European Union, United

Kingdom, United States of America or any other nation's sanctions which would be applicable to the Insurer.

EXCLUSIONS

The following treatments, items and their related expenses are excluded from this Policy:

- 1) All treatment relating to non-disclosed Pre-existing Conditions, and those specifically excluded as stated on the Certificate of Insurance, if any, unless amended.
- 2) Costs for treatment within the first 30 days after the Date of Commencement regarding any medical condition other than Accidents or Infectious Diseases.
- 3) Treatment required to be certified that is not certified by the Insurer.
- 4) Treatment that is in excess of the limits of coverage.
- 5) Any portion of any charge that is in excess of the usual, customary, and reasonable charge for the particular service for the area.
- 6) All transportation costs for obtaining medical treatment, other than a Local Ambulance.
- 7) Routine Medical Check-up (including vaccinations, the issuance of medical certificates and attestations and examinations as to suitability for employment or travel), other than as previously defined in the Policy.
- 8) Routine ear and eye examinations, including the cost of hearing aids and eyeglasses, contact lenses, refraction disorders, strabismus, radial keratotomy and/or other procedures to correct vision.
- 9) Any dental treatment including false teeth, crowns, inlays and bridges, orthodontics and endodontic and periodontal dental care (other than Emergency Dental Treatment following an Accident).
- 10) Durable Medical Equipment, such as wheelchairs, hospital beds, and equipment required for physical or vocational therapy; the cost of customizing any vehicle, bathroom facility or residential facility; and all other Durable Medical Equipment, except as defined in this Policy.
- 11) Prostheses and corrective devices which are not medically required intra-operatively, except as defined in this Policy.

- 12) Cost of abortion (and its consequences) if performed for psychological or social reasons.
- 13) Treatment of mental illnesses, Autism, apraxia, dyspraxia, and psychiatric or psychological disorders; treatment by a psychologist, psychiatrist or other mental health specialist, unless as a consequence of a covered Illness or Injury as defined in the Policy; consequences or side effects as a result of treatments for mental, psychological or psychiatric illnesses.
- 14) Elective or cosmetic surgery or medical treatment which is primarily for beautification, unless necessitated by Injury, deformity or Sickness which first occurs while the Insured is covered under this Policy.
- 15) Any type of surgical treatment for nasal or septal deformity that was not caused by Accident or trauma. Evidence of trauma must be confirmed radiographically (X-ray, CT scan, etc.).
- 16) Cost of services resulting from self-inflicted injury, suicide, abuse of alcohol, drug addiction or abuse.
- 17) Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS-Related Complex Syndrome (ARCS) and all diseases caused by and/or related to the virus HIV positive.
- 18) Treatment by a Family Member and autotherapy including prescription of drugs.
- 19) Cost of Organ Transplantation and acquisition of organ, including all expenses incurred by the donor, except for specifically covered Organ Transplantations as defined in this Policy.
- 20) Cost of acquisition and implantation of artificial heart and mono or bi-ventricular devices.
- 21) All expenses of any cryopreservation and the implantation or reimplantation of living cells.
- 22) Treatment of bodily Injury or Sickness resulting from an act of war; or from a nuclear or chemical accident; or from participation in riot, civil disturbance or any illegal act, including any bodily Injury or Sickness resulting from imprisonment.
- 23) Treatment for Sickness or Accidents arising as a result of serving as an active member of a police or military force or unit.
- 24) Charges for any services with respect to which there is no legal obligation on the Insured to pay. For the purposes of this paragraph, any charge which exceeds the charge that would have been made if no insurance coverage existed or which is made for any service which is normally or customarily given free of cost, shall be treated as a charge which there is no obligation to pay.
- 25) Complementary or alternative medicine including, but not limited to, self-care or self-help training; homeopathic medicine and counseling; lifestyle modifications, traditional Oriental medicine including acupuncture; chelation therapy; massage and herbal therapies. Any treatment, service or supply that is not scientifically or medically recognized or which is considered experimental and not approved by the Food and Drug Administration of the USA.
- 26) Complications of non-covered services, including the diagnoses or treatment of any condition which is a complication of a non-covered health care service.
- 27) Any expense for male or female sterilization (except as defined in this Policy), reversal of sterilization, sex change, sexual transformation, infertility, artificial insemination, sexual dysfunction, impotence, or inadequacies, and/or treatment of sexually transmittable diseases, except AIDS-related as defined in this Policy, or unless as previously defined in the Policy.
- 28) Maternities and Newborn Care which are the consequence of infertility treatments are where the duration of the pregnancy is less than 32 weeks and Maternities and Newborn Care of a Policy with Deductible option of IV, V or VI.
- 29) Any expense, service, surgery or treatment for obesity or weight control, including any form of food supplement.
- 30) Podiatric care including, but not limited to, foot care in connection with corns, calluses, bunions, hallux valgus, Morton's neuroma, flat feet, weak arches, weak feet, or other symptomatic complaints of the feet, including special shoes and inserts of any type or form.
- 31) Treatment by a bone growth stimulator, bone growth stimulation, or treatment relating to growth hormone, regardless of the reason for prescription.
- 32) An elective hospital admission more than twenty-three (23) hours before surgery.
- 33) Treatment of the jaw and jaw joint disorders, including, but not limited to, jaw anomalies, malformations, temporomandibular joint syndrome, craniomandibular disorders or other conditions of the jaw or jaw joint linking the jaw bone and the skull and complex of muscles, nerves and other tissue relating to that joint.

- 34) Over the counter or non-prescription drugs; Prescription Drugs except as defined in this Policy.
- 35) Claims and costs for medical treatment occurring after the expiration date of the Policy, resulting from Accidents, Sickness, or Maternity during the Policy Year period, unless the Policy has been renewed.
- 36) Treatment for injuries resulting from participating in Professional Sports competitions,

demonstrations, or training, in which the Insured receives a monetary compensation or financial benefit; and/or amateur competitions in motor sports that expose the participant to danger or risk.

SAMPLE

**TRANSLATION
FOLLOWS**

**TRADUCCIÓN
AL ESPAÑOL
A CONTINUACIÓN**

SAMPLE

IDEAL

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

Best Meridian International Insurance Company SPC, en lo sucesivo denominada "LA ASEGURADORA", emite el Plan Ideal. La Póliza consiste en la Solicitud y el Examen Médico, el Certificado de Seguro, el presente documento y cualquier enmienda que se emita al respecto.

Lea cuidadosamente la copia de la Solicitud y del Examen Médico que aparecen adjuntos a esta Póliza y notifique a la Aseguradora en un plazo de diez (10) días de haber recibido la Póliza si alguna información es incorrecta o está incompleta, o si alguna parte de su historia clínica ha cambiado posterior a la fecha de la Solicitud o se ha omitido de la Solicitud o del Examen Médico. La Solicitud y/o el Examen Médico forman parte de la Póliza, la cual se ha emitido en base a que las respuestas a todas las preguntas y que toda la información que aparece en la Solicitud y/o Examen Médico sean correctas y estén completas a la Fecha de Inicio.

En los Estados Unidos de America, el Plan Ideal proporciona cobertura en la Red de Proveedores Plan Ideal. Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios, excepto bajo la provisión de Tratamiento Médico de Emergencia.

Esta Póliza está sujeta a los siguientes límites, así como cualquier otro límite especificado en la Póliza:

DESCRIPCION DE BENEFICIOS	LIMITES
Cobertura Máxima, según indique en el Certificado de Seguro	US\$500,000 (US\$1,500,000 Cuando haya seleccionado el aditamento)
Cobertura Geográfica	Mundial
Servicios Médicos y Quirúrgicos en Hospitalización	100%
Honorarios Médicos en Hospitalización	100%
Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnóstico en Hospitalización	100%
Habitación Hospitalaria	100%, Máximo de 240 días
Unidad de Cuidados Intensivos	100%, Máximo de 240 días
Cargos por Alojamiento en el Hospital para un Acompañante de un Dependiente Menor de 18 Años Hospitalizado	US\$100 por Día, Máximo 30 Días
Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis	100%
Cirugía Ambulatoria	100%
Medicamentos por Prescripción Médica	
• En Hospitalización	100%
• Ambulatorios	US\$2,000
Servicios de Paciente Externo	100%, hasta un Máximo de US\$10,000
BENEFICIOS DE MATERNIDAD (Disponible para opciones de Deducible I, II y III):	
• Maternidad	US\$2,500
• Complicaciones de Maternidad	US\$50,000
• Cuidado Neonatal (condiciones y/o desordenes diagnosticados durante los primeros 90 días de vida, excepto desordenes congénitos)	US\$10,000 por Niño, Vitalicio
Desordenes Congénitos	
• Diagnosticados antes de los 18 años de edad	US\$100,000, Vitalicio
• Diagnosticados después de los 18 años de edad	100%
Servicio Local de Ambulancia	100%
Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de Accidente	100%
Trasplante de Órganos	US\$300,000 Vitalicio
• Resección del Donante	US\$25,000

Tratamiento Médico de Emergencia en los Estados Unidos de America fuera de la Red Ideal	US\$50,000
Incapacidad Total y Permanente del Titular	US\$10,000 Vitalicio
Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos	US\$5,000
Tratamiento de Enfermedad Sexualmente Transmisible	US\$1,000
Chequeo Médico Rutinario del Titular y Cónyuge	US\$150
Exoneración de Prima por Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Titular	2 Años
Enfermera en el Hogar	30 Días

Todos los beneficios son por Asegurado, por Año Póliza, a menos que se indique lo contrario y están sujetos al Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro. Los beneficios están sujetos a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el área donde se presten los servicios.

COBERTURA

1. GENERAL

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados después que el Deducible Anual haya sido satisfecho para Servicios Hospitalarios y Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis.

Los Servicios de Paciente Externo estarán cubiertos al 100% de los gastos elegibles y certificados hasta US\$10,000 después que el Deducible Anual haya sido satisfecho.

El Deducible Anual según consta en el Certificado de Seguro será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) deducibles por familia, por Año Póliza. Cualquier gasto incurrido durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el deducible, será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un deducible por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

Se aplicará una reducción del cincuenta (50%) por ciento al Deducible Anual para Servicios Hospitalarios cuando el tratamiento sea proporcionado en el País de Residencia del Asegurado, disponible para Pólizas con opción de Deducible I (US\$500), II (US\$1,000) y III (US\$2,500).

No se aplicará Deducible Anual a lo siguiente:

- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de Accidente
- Servicio Local de Ambulancia
- Maternidad o Complicaciones, disponible para Pólizas con opción de Deducible I (US\$500), II (US\$1,000) y III (US\$2,500).
- Cuidado Neonatal, disponible para Pólizas con opción de Deducible I (US\$500), II (US\$1,000) y III (US\$2,500).

- Chequeos Medicos Rutinarios

La cobertura durante los primeros 30 días de la Póliza, se limitará a Accidentes o Enfermedades Infecciosas.

La cobertura de Maternidad sólo será aplicable a los embarazos en los cuales el parto ocurra no menos de diez (10) meses después que la cobertura de esta Póliza esté en efecto. Los beneficios de Maternidad están disponibles para Pólizas con opción de Deducible I (US \$500), II (US \$1,000) y III (US \$2,500).

2. REQUISITOS DE NOTIFICACION

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o Servicios de Paciente Externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento. La falta de notificación a la Aseguradora dentro del plazo exigido resultará en una reducción del treinta (30%) por ciento en los beneficios que de lo contrario se hubiesen pagado conforme a los términos y condiciones de la Póliza.

3. PROGRAMAS DE GESTION DE UTILIZACION Y DE REVISION DE UTILIZACION

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en Inglés), que incluyen Certificación de Ingreso a Hospital, Revisión Concurrente y Gestión de Casos.

Todas las decisiones que precisen de capacitación u opinión profesional independiente de carácter médico o clínico, o que tengan que ver con dicha capacitación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán la exclusiva responsabilidad del Asegurado y de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de

cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir que atención médica se debe dar o recibir y cuando y como se debe proveer dicha atención. La Aseguradora es exclusivamente responsable de determinar si los gastos en que se haya incurrido o se vaya a incurrir por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Aseguradora no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado..

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. Revisión Concurrente

En el programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estadías en el Hospital así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe continuar la cobertura y/o el pago por cierto ingreso en un Hospital o programa.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. Gestión de Casos

La Aseguradora podrá hacer disponible este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o catastrófico. A través de este programa, la Aseguradora podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean eficaces en costos. La Aseguradora podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Aseguradora que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, o un representante de este

mismo que sea aceptable a la Aseguradora y al Médico del Asegurado.

El que la Aseguradora ofrezca proveer o que de hecho provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la Aseguradora a seguir proveyendo dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en ningún momento al Asegurado ni a ningún otro Asegurado por la Aseguradora. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Aseguradora de hacer valer y cumplir esta Póliza de estricto acuerdo con sus condiciones y términos. Las Reglas, Términos, y Definiciones de esta Póliza seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Aseguradora específicamente modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

C. Segunda Opinión Quirúrgica

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes del procedimiento programado. A la opción de la Aseguradora, se podrá exigir una segunda opinión quirúrgica de un Médico elegido por la Aseguradora respecto al procedimiento quirúrgico programado. Sólo están cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas que exija y haya coordinado la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Aseguradora también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Aseguradora. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza. Si la Aseguradora solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Aseguradora, la Póliza en ese caso no cubrirá el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.

REGLAS, TERMINOS y DEFINICIONES

La Aseguradora pagará los gastos médicos especificados en esta Póliza en los que se hayan incurrido con carácter necesario como resultado directo del padecimiento por el Asegurado, durante la vigencia del seguro, de la Enfermedad, dolencia, o embarazo de que se trate. El pago será limitado a los gastos Usuales y Acostumbrados como se define en esta Póliza.

El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra incapacitado o ha fallecido. Los beneficios son pagaderos al Asegurado, al representante legal o a los proveedores licenciados de la atención médica.

Las definiciones siguientes se aplican a este seguro:

ACCIDENTE se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra dentro del período del Año Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima y fuera del control de la misma.

CIRUGIA AMBULATORIA es cualquier cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna; en una entidad quirúrgica independiente o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores Plan Ideal, después de notificar a la Aseguradora. Los beneficios pagaderos por servicios prestado fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

DEDUCIBLE ANUAL es la suma pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados antes que los beneficios bajo esta Póliza sean pagaderos.

CLASIFICACION significa todos aquellos individuos a los cuales se les haya emitido esta Póliza y que pertenezcan a una misma clasificación, tal y como sea definido por la Aseguradora en el momento de emisión o renovación.

Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a, individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad o sexo, de emisión, ocupación, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.

DESORDENES CONGENITOS o Enfermedades son trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios. La cobertura para Desórdenes Congénitos bajo esta Póliza es como sigue:

- A. El beneficio máximo para cobertura de Desórdenes Congénitos diagnosticados antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad será hasta US-\$ 100,000.- por Asegurado de por vida, incluyendo cualquier beneficio ya pagado o por pagar bajo la cobertura existente de Cuidado Neonatal de esta Póliza que esté relacionado a la misma condición.
- B. El límite máximo de por vida para Desórdenes Congénitos diagnosticados al Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será hasta el límite máximo de la Póliza, según conste en el Certificado de Seguro.

PAIS DE RESIDENCIA El País donde reside el Asegurado la mayor parte de cualquier Año Póliza o donde el Asegurado haya residido más de 180 días

durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza esté en vigor. Si un Asegurado cambia su país de residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio. Ninguna persona, a no ser un estudiante Dependiente a tiempo completo, podrá residir en los Estados Unidos durante más de 180 días en el transcurso de cualquier plazo de 365 días.

MONEDA: Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario.

FECHA DE INICIO es la fecha de entrada en vigor que se especifica en el Certificado de Seguro y no la fecha de la Solicitud de Seguro.

DEPENDIENTE significa el cónyuge legítimamente casado o la persona viviendo en concubinato con el Titular de Póliza (pero excluye a los legalmente separados) y/o hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Titular de Póliza o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Titular de Póliza, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando a la Fecha de Inicio de la cobertura o la Fecha de Vencimiento dichos hijos sean solteros y residan con el Titular de Póliza, en cuyo caso podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24.

FECHA DE VENCIMIENTO significa la fecha en que cualquier pago de prima subsiguiente sea pagadero.

EQUIPOS MEDICOS DURADEROS, PROTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS: La cobertura de este beneficio queda sujeta a que el Equipo Médico Duradero sea necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, o para ayudar a corregir el malfuncionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la enfermedad o lesión sea significativa o cuando este contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos que receta un médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta.

Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos deberán ser recetados por un Médico autorizado, deberán soportar el uso repetido, servir un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una enfermedad, lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y que su propósito principal no sea el de asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificarse como un Equipo Médico Duradero, este no necesariamente será cubierto en

todos los casos. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora y los mismos deberán ser provistos por la Aseguradora o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora.

El beneficio de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos está limitado a US-\$5,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

EMERGENCIA se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente, suministrado dentro de los noventa (90) días de sufrido el Accidente.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: El Plan Ideal provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal en los Estados Unidos de America para aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o una Lesión seria. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal serán pagados hasta un máximo de cincuenta mil dólares (US-\$50,000.-) por incidente, después de que el Deducible Anual y Co-aseguro hayan sido satisfechos. El Asegurado será responsable por cincuenta (50%) por ciento de todos los cargos médicos que excedan el beneficio de cincuenta mil dólares (US-\$50,000.-) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal.

En el caso que el problema no sea una emergencia tal y como se define anteriormente, el Asegurado será responsable por el total de los cargos incurridos.

MIEMBRO DE LA FAMILIA es definido como cónyuge, padre, madre, hermano, hermana, hijo/a, nieto/a, suegro, suegra, tío y tía del Asegurado.

ENFERMERA EN EL HOGAR significa los servicios médicos de una enfermera licenciada por el gobierno, en el hogar del Asegurado, prescritos por un Médico y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las Reglas, Términos y Definiciones de esta Póliza. Los cuidados de Enfermera en el Hogar se cubren después que el Deducible Anual haya sido satisfecho, sujeto a los costos Razonables, Usuales y Acostumbrados en el

área donde dichos servicios sean proporcionados. Este beneficio está limitado a un máximo de 30 días, por Año Póliza. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación de este beneficio serán solamente tomadas por la Aseguradora. Se deberá presentar un plan de tratamiento que justifique la necesidad médica y no incluye los cuidados de custodia.

HOSPITAL es cualquier institución legalmente licenciada como Hospital médico o quirúrgico, en el país en que se encuentra enclavado donde pueda darse tratamiento a enfermedades agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de anciano. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico residente.

CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO son los gastos incurridos e incluidos en la cuenta del Hospital por la estadía nocturna de un Acompañante durante la hospitalización de un Dependiente Menor de 18 Años limitados a US-\$100.- por día, hasta un máximo de 30 días hospitalarios.

SERVICIOS HOSPITALARIOS son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios a Pacientes Externos y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define anteriormente, por un período continuo de no menos de 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada. Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de Habitación y Comida, uso de todas las instalaciones médicas, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo, incluyendo cuidados intensivos, si fuera médicamente requerido.

ENFERMEDAD INFECCIOSA es cualquier enfermedad común transmisible causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

LESION significa lesión corporal causada por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

ASEGURADO es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud, o cuyo nombre está incluido en la Solicitud, que haya pagado la prima correspondiente, para quien se confirma el comienzo de la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

EXAMENES DE LABORATORIO Y SERVICIOS DE DIAGNOSTICO incluyen análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Exámenes y Servicios de Laboratorio se consideran como parte de los Servicios para Pacientes Externos, cuando éstos sean proveídos u ordenados por un Médico debidamente licenciado.

SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA es la transportación médica de emergencia a un Hospital local.

MATERNIDAD

- A. La cobertura está limitada a embarazos en los que la fecha del alumbramiento en sí ocurra por lo menos a los diez (10) meses después de la Fecha de Inicio del respectivo Asegurado.
- B. Cobertura está limitada a Pólizas con opción de Deducible I (US \$500), II (US \$1,000) y III (US \$2,500).
- C. Todos los gastos relacionados al tratamiento pre- y postnatal, el alumbramiento, aborto, las complicaciones del embarazo o del alumbramiento están limitados al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza, a menos que se trate de una Complicación de Maternidad, tal y como se define en esta Póliza. El beneficio de Maternidad es limitado a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el área donde la Maternidad ocurra.
- D. Los Asegurados que anteriormente habían sido hijos Dependientes bajo otra Póliza con cobertura de Maternidad, con el Asegurador tienen que haber estado asegurados bajo la Póliza anterior por un mínimo de diez (10) meses para tener derecho a este beneficio.
- E. Este beneficio está disponible para las hijas Dependientes.
- F. Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD significa el curso anormal del embarazo y postparto que impide que la madre pueda tener un parto normal bajo cuidado médico regular. Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad. Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto, que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos. Maternidades que no se consideren como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza. Complicaciones de Maternidad serán cubiertas solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio está limitado a US-\$50,000.- por embarazo.

Cobertura para Complicaciones de Maternidad está limitada a Pólizas con opción de Deducible I (US \$500), II (US \$1,000) y III (US \$2,500).

MEDICAMENTO NECESARIO se refiere a tratamiento, servicio, o suministro médico que la Aseguradora determine sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará médicamente necesario si:

- a) Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;
- b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
- c) Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- d) No se le reconoce médica ni científicamente;
- e) Se considera como experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.

CUIDADO NEONATAL: El Cuidado Neonatal abarca los gastos de los tratamientos médicos necesarios, incluyendo la atención rutinaria, que se proveen al (los) hijo(s) recién nacido(s). El Cuidado Neonatal también incluirá los gastos de los tratamientos médicos necesarios por Enfermedad y/o condiciones médicas y desórdenes diagnosticados durante los primeros 90 días de vida del(los) hijo(s) recién nacido(s). Los tratamientos por aquellas condiciones y/o desórdenes médicos diagnosticadas durante los primeros 90 días estarán sujetas a un límite máximo de por vida de doscientos cincuenta mil (US-\$ 10,000.-) dólares por hijo. El Cuidado Neonatal quedará cubierto bajo esta Póliza solamente cuando la Maternidad sea cubierta bajo esta Póliza. La atención rutinaria neonatal será cubierta desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.

Cobertura para Cuidado Neonatal está limitada a Pólizas con opción de Deducible I (US \$500), II (US \$1,000) y III (US \$2,500).

NOTIFICACION es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado.

TRASPLANTE DE ORGANOS se refiere al costo de Trasplante de riñón, corazón, hígado, médula ósea, cornea o páncreas. Ningún otro Trasplante es cubierto. Este beneficio está disponible únicamente a través de la Red de Proveedores de Trasplantes de BMI, después de notificar a la Aseguradora. Este beneficio está limitado a US-\$300,000.- por Asegurado, de por vida. Este beneficio también incluye los gastos médicos ocasionados por la resección del órgano de un donante hasta un máximo de US-\$25,000.-

SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO a están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en el salón de primeros auxilios y en el salón de emergencias de un Hospital que se proveen diariamente.

Los Servicios de Paciente Externo serán cubiertos al 100% hasta US-\$10,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

Servicios de Paciente Externo también incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis al 100% únicamente cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores Plan Ideal en los Estados Unidos de America, sujeto a la pre-autorización por la Aseguradora. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.

Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados por proveedores de Servicio de Paciente Externo o por Médicos fuera de la Red de Proveedores Plan Ideal en los Estados Unidos de America, resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE significa la Incapacidad Total y Permanente tal como se define en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente, si aplica. La cobertura está limitada al Titular de la Póliza que a la Fecha de Inicio se encuentre entre los 18 y 59 años de edad y cuya ocupación principal o usual no sea ama de casa o estudiante. Este beneficio está sujeto a los términos y condiciones establecidas en el Certificado de Incapacidad Total y Permanente.

MEDICO es cualquier persona legalmente licenciada para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento y en esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultantes médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su licencia y entrenamiento.

RED DE PROVEEDORES PLAN IDEAL es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores médicos en los Estados Unidos de America que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores Plan Ideal. Esta lista se podrá cambiar periódicamente. Para cerciorarse que el proveedor de los servicios médicos pertenece a la Red de Proveedores Plan Ideal, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

TITULAR DE POLIZA es el Asegurado bajo esta Póliza en cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás

asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

AÑO POLIZA es el período de cobertura de un Asegurado comenzando con la Fecha de Inicio y terminando doce (12) meses más tarde.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier Enfermedad previa que haya requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o haya sido diagnosticada dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio de esta Póliza.

Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas serán cubiertas después de la Fecha de Inicio original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya expirado, a menos que se indique lo contrario y sean señaladas en el Certificado de Seguro.

Tratamientos por Condiciones Pre-existentes no declaradas no están cubiertos. Adicionalmente, Condiciones Pre-existentes no declaradas o información falsa suministrada a la Aseguradora podrá resultar en la negación de un reclamo, modificación de la Póliza y/o cancelación de la Póliza.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MEDICA son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a la prescripción por un Médico con licencia y no incluyen artículos que se pueden comprar sin receta médica. Los Medicamentos por Prescripción Médica, los cuales son gastos elegibles y certificados, serán cubiertos cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Este beneficio aplicará a los Medicamentos por Prescripción Médica administrados al Asegurado mientras que se encuentre hospitalizado y cuando estén relacionados al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado.

Los Medicamentos por Prescripción Médica, fuera del Hospital que no estén relacionados a una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, serán cubiertos hasta US-\$ 2,000.- por Asegurado, por Año Póliza cuando los mismos estén relacionados a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

Los Medicamentos por Prescripción Médica recetados como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertos al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora. El plan de

tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación.

Prescripciones o Medicamentos Especializados son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción "high touch" utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas. Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones o Medicamentos Especializados serán solamente tomadas por la Aseguradora. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado se pueda administrar de forma segura en un centro ambulatorio preferido, la Aseguradora coordinará la administración y entrega del medicamento a dicho centro. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado sea auto administrado, la Aseguradora coordinará la dispensación y entrega del medicamento ya sea con el médico que prescribió el medicamento, o con la farmacia de la Red o con el distribuidor de medicamentos.

Los Medicamentos Especializados deberán ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la Aseguradora a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán considerados sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los Medicamentos Especializados que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Aseguradora de acuerdo con el plan de tratamiento.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Aseguradora.

DEPORTES PROFESIONALES, a diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

CHEQUEOS MEDICOS RUTINARIOS son los exámenes médicos realizados por un Médico licenciado para el control de la salud. Este beneficio se otorga solamente al Titular de Póliza y a su cónyuge asegurado, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un Año Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará como Servicio de Paciente Externo cada Año Póliza de cobertura continua. Este beneficio está limitado a US-\$150.- cada uno, por Año Póliza.

TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD SEXUALMENTE TRANSMISIBLE se define como los servicios y costos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia de Enfermedad Sexualmente Transmisible. El tratamiento será cubierto solamente cuando la enfermedad haya sido adquirida después de la Fecha de Inicio de la Póliza. Las siguientes enfermedades no están cubiertas bajo este beneficio:

- a) Herpes (todo tipo)
- b) Virus del Papiloma Humano (VPH)
- c) Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Este beneficio tiene un límite máximo de US-\$1,000.- por Asegurado, por Año Póliza.

ENFERMEDAD se define como las dolencias o desórdenes cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de la Fecha de Inicio de la Póliza y durante el Año Póliza.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos certificados por la Aseguradora. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos razonables, Usuales y Acostumbrados de Hospitales y servicios médicos en el área donde dichos servicios sean proporcionados.

EXONERACION DE PRIMAS: Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que estén cubiertos bajo los términos de la póliza y que ocurran o comiencen después de la Fecha de Inicio de la Póliza, el Titular de Póliza fallece o se incapacita total y permanentemente y no puede ejercer las actividades normales de su profesión habitual; y si el Titular de Póliza, al momento de su fallecimiento o de la incapacidad total y permanente no ha cumplido aún los 60 años; y si en el caso de incapacidad la misma continúa por un período sin interrupción de seis (6) meses y ha sido certificado que la incapacidad total y permanente continuará, la Aseguradora mantendrá la cobertura de la Póliza para el Titular de Póliza y los Dependientes asegurados bajo la misma, exonerando las primas a pagar durante un período de dos (2) años seguidamente después de la fecha del fallecimiento o la fecha en la cual comenzó la incapacidad total y permanente siempre y cuando el Asegurado permanezca total y permanentemente incapacitado. La Aseguradora se reserva el derecho de exigir pruebas del fallecimiento, o en el caso de incapacidad, pruebas de la incapacidad continua del Titular de Póliza, y de examinar, a su propio costo, al Titular de Póliza. En caso de fallecimiento del Titular de Póliza, como resultado de la condición la cual causó la incapacidad total y permanente del Titular de Póliza, la Aseguradora continuará Exonerando las Primas para los Dependientes asegurados bajo esta Póliza por el resto de los dos años. En caso de que el cónyuge sobreviviente contraiga de nuevo matrimonio, o pase a vivir en concubinato este beneficio cesará

automáticamente para el cónyuge sobreviviente y para todos los Dependientes asegurados bajo esta Póliza.

ADMINISTRACION

PAGOS DE RECLAMACIONES: Siempre que sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora le devolverá al Asegurado la suma del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora y/o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estas dos sumas la que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estas sumas. Si el Titular de Póliza ya no vive, la Aseguradora pagará al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud todos los beneficios que aún no se hayan pagado; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, todo beneficio que quede sin pagar se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza. Cuando el servicio de pago directo a los proveedores de Servicios Médicos no sea posible, el reembolso al Asegurado será hecho en la misma moneda en que los Servicios Médicos fueron pagados a los proveedores por el Asegurado.

COORDINACION DE BENEFICIOS: En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones deben ser hechas primeramente contra la otra póliza y esta Póliza solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, los gastos que no hayan sido pagados por la otra póliza, serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las reglas, términos y límites de esta Póliza. Fuera del País de Residencia, esta Póliza actuará como seguro primario reteniendo el derecho a Subrogación.

Subrogación e Indemnización

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Aseguradora.

ELEGIBILIDAD: Personas residentes en América Latina o el Caribe serán elegibles para la cobertura. La edad máxima de inscripción será los 70 años de edad. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Titular de Póliza.

Las personas, incluyendo Dependientes, serán elegibles para sus inscripciones sujetas a la aprobación por la Aseguradora de la Solicitud de Seguro. Los solicitantes de 65 años o más serán elegibles para su inscripción sujeto a la aprobación por la Aseguradora de la solicitud de seguro y de un examen médico realizado mediante el formulario médico de la Aseguradora.

a) Recién Nacidos

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza están automáticamente cubiertos hasta el límite específico tal y como se especifica bajo la sección de Cuidado Neonatal, sujetos a que el Formulario de Adición y/o Certificado de Nacimiento y el pago de la prima sean enviados a la Aseguradora dentro de un plazo de noventa (90) días de haber ocurrido el nacimiento. De no cumplirse con este requisito, se deberá completar una solicitud de seguro para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

b) Dependientes

Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado, quedarán aprobados sin necesidad de suscripción para un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza anterior que les daba cobertura a través de la Aseguradora. La solicitud de los Dependientes se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos Dependientes. Si un hijo Dependiente se casa, deja de ser estudiante a tiempo completo o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Titular de Póliza por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.

PERIODO DE GRACIA: Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes de la Fecha de Vencimiento, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de 30 días después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para que la Póliza pueda ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora durante el Período de Gracia, la Póliza y todos sus beneficios caducarán efectivo en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. La Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza mientras ésta no haya sido renovada.

DECLARACION FALSA DE LA EDAD: Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Aseguradora quedará limitada a la Devolución como se define en esta Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

EXAMENES FISICOS: La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todas las planillas de autorización que necesite la Aseguradora para obtener dichos informes y expedientes. El no autorizar la emisión de todos los expedientes médicos que pida la Aseguradora dará por resultado que se deniegue la reclamación. La Aseguradora tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una autopsia en las instalaciones que decida la Aseguradora.

CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA: La Aseguradora se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos (reside en los Estados Unidos durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días), la cobertura en ese caso se dará por terminada automáticamente en la próxima Fecha de Vencimiento. Si el Titular de Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en los Estados Unidos mientras esta Póliza se encuentra en efecto, la Aseguradora, a su propia discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la terminación de la Póliza.

PAGO DE LA PRIMA: El Asegurado es responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de la Póliza. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de dichos avisos. Si el Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía en su Casa Matriz durante el Período de Gracia tal y como se establece en la Póliza, la Póliza caducará y sus beneficios terminarán. Ningún agente tiene el poder de extender el tiempo de pago de primas en nombre de la Compañía, ni tampoco se considerarán los pagos hechos al agente como pagos a la Compañía.

PRUEBA DE RECLAMACION: La Prueba escrita de Reclamación incluyendo reclamación por Maternidad, deberá someterse a la consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro de los 180 días siguientes a

la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. El incumplimiento de efectuar dicha reclamación, dentro del plazo fijado en el reglamento, invalidará la reclamación. Los recibos originales deben enviarse junto con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora y en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos. El beneficio de Maternidad es pagadero después del parto. Las tasas de cambio para el pago de reclamaciones estarán de acuerdo con las tasas de cambio del mercado libre, vigentes en el momento que la Aseguradora reciba la reclamación debidamente documentada por el Asegurado.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora.

REHABILITACION DE LA POLIZA: Si la Póliza ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Aseguradora considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud. No se aceptará ninguna Rehabilitación después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

- a) Acepte la prima vencida atrasada y
- b) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación

La Póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de Rehabilitación, o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza.

DEVOLUCIONES: Si un Asegurado o la Aseguradora anula la Póliza una vez que ya ésta se ha emitido, reinstalado o renovado, la Aseguradora devolverá la porción no devengada de la prima, menos los reclamos pagados, gastos administrativos y derechos de emisión de Póliza (policy fees), hasta un máximo del 70% de la prima no devengada. Los gastos administrativos y 30% de la prima básica no son reembolsables. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, o 180 días en el caso de la Póliza semi-anual, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor, aunque más adelante fuera anulada. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, entonces la prima a ser

devuelta se le pagará al caudal hereditario del Titular de Póliza.

DISPOSICIONES SOBRE RENOVACION: Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

1. La póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.
2. El Asegurado acepte las Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza que prevalezcan al momento de la renovación.
3. No se emita ningún aviso de cancelación por parte del Titular de Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento y se ha pagado la prima dentro de 30 días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá un recibo, como evidencia de que el seguro está vigente.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación del mismo sujeto a las Reglas, Términos, Definiciones, Beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación. La Aseguradora tendrá el derecho de ajustar las primas y cambiar la Reglas, Términos, Definiciones y Beneficios de la Póliza para la Clasificación al momento de cada renovación.

TERMINOS DE LA POLIZA: Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

ARBITRAJE VINCULANTE DE TODOS LOS LITIGIOS

Todos y cualesquiera litigios, reclamos, controversias, que surjan de esta Póliza y Certificado de Seguro o se relacionen con ella se deberán someter a un arbitraje vinculante en el Condado de Miami-Dade, en Florida, y se llevará a cabo en idioma inglés. El arbitraje se regirá por la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. §§1-16, 201 208, y 301-307, con la exclusión de leyes estatales que resulten incongruentes con la misma o pudieran producir un resultado diferente, y cualquier juzgado que tenga jurisdicción sobre el mismo puede dictar un fallo sobre el laudo otorgado por el árbitro. Las leyes del Estado de Florida se considerarán el derecho dominante y pertinente de conformidad con esta Póliza y Certificado de Seguro, con excepción del Código de Seguros de Florida codificado en los Capítulos 624-632, 634, 635, 636, 641, 642, 648 y 651 del Ordenamiento Jurídico de Florida, así como todos y cualesquiera reglamentos federales, entre ellos sin limitación la Ley de Protección del Paciente y Atención Costeable, que están excluidas específicamente de tener cualquier

aplicabilidad con respecto a esta Póliza y Certificado de Seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado y la compañía acuerdan que los términos, condiciones, disposiciones y exclusiones de esta Póliza y Certificado de Seguro se deberán interpretar de forma imparcial como entre las partes, entre ellas sin limitación, donde se asevere que el lenguaje de esta Póliza y Certificado de Seguro resulte ambiguo o poco claro, el asunto se deberá resolver en la forma más consecuente con los términos, condiciones o exclusiones pertinentes de la Póliza y Certificado de Seguro (sin tener en cuenta la autoría del lenguaje o la doctrina de expectativa razonable de las partes y sin ninguna presunción o esclarecimiento o interpretación arbitrarios a favor de ninguna parte o partes) y en consonancia con la voluntad de las partes. El laudo del árbitro deberá ser compartido por igual entre el asegurado y la empresa, y cada parte pagará sus propios honorarios y costos legales y de abogado incurridos en el arbitraje.

El asegurado y la compañía deberán presentar su litigio a los tres (3) árbitros. Cada parte escogerá un árbitro y el tercer árbitro será escogido por los dos árbitros seleccionados por las partes. Cada parte puede iniciar el arbitraje mediante notificación por escrito a la otra parte nombrando un árbitro y exigiendo arbitraje. La otra parte tendrá treinta (30) días una vez que reciba dicha notificación para nombrar su árbitro. Los dos árbitros seleccionados escogerán al tercer árbitro en un plazo de treinta (30) días. Si cualquiera de las partes no nombrara al segundo árbitro en un plazo de treinta (30) días a partir de la entrega de la notificación, la parte que no escogió al árbitro estará de acuerdo en que la otra parte escogerá al segundo árbitro al vencer el plazo de treinta (30) días, y el arbitraje procederá como se explica anteriormente, después de seleccionar al tercer árbitro. El arbitraje tendrá lugar en el Estado de Florida en el Condado de Miami-Dade donde radica la jurisdicción exclusiva y está acordada por el presente por el asegurado y la Compañía.

Excepto cuando así lo requiera la ley o en la medida necesaria en relación con una impugnación judicial, o el cumplimiento de un laudo, ni una de las partes ni los árbitros pueden revelar la existencia, contenido, registro o resultados de un arbitraje. Se deberá hacer un registro taquigráfico de todo el testimonio en cualquier arbitraje, y el laudo estará acompañado por una breve exposición de los fundamentos en que se basa el laudo.

En caso de que una Parte crea que existe un claro error de derecho, y en el término de treinta (30) días de recibir un laudo de US\$250.000,00 o más, que no será vinculante si se interpone una apelación, la Parte puede notificar a la otra parte de su intención de apelar el laudo a un cuarto árbitro (el "Árbitro de Apelación") que deberá tener no menos de veinte (20) años de experiencia en el ejercicio activo del derecho o como ex-juez, y con el cual deberán de estar de acuerdo las partes. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo

acerca del Árbitro de Apelación, entonces el tercer árbitro seleccionado deberá seleccionar al Árbitro de Apelación. El laudo, según sea confirmado, modificado o remplazado por el Árbitro de Apelación será definitivo y vinculante, y un fallo sobre éste puede ser dictado por cualquier juzgado que tenga jurisdicción sobre el mismo. No se pueden hacer otras apelaciones del arbitraje.

Las Partes cooperarán de buena fe en el intercambio voluntario, puntual e informal de todos los documentos e informaciones (que no sean reservados ni de dominio privado) pertinentes al litigio o reclamo, todos los documentos en su poder o control sobre los que ellos se basan en apoyo de sus posiciones o que ellos intentan presentar como pruebas en la vista definitiva, las identidades de todos los individuos con conocimiento del litigio o reclamo y una breve descripción de dicho conocimiento, así como las identidades, calificaciones y testimonio anticipado de todos los peritos que se puedan llamar para declarar o cuyo informe se pueda presentar en la vista. Las Partes y los árbitros realizarán esfuerzos comercialmente razonables para concluir el intercambio de documentos e informaciones en el término de sesenta (60) días calendarios después que se hayan recibido todos los escritos o notificaciones de reclamos y el arbitraje haya empezado oficialmente. A solicitud de una Parte en cualquier arbitraje en que un reclamo o contrarreclamo revelado sobrepase los US\$250.000,00, los árbitros pueden también ordenar divulgación de la vista prefinal mediante declaración jurada después de mostrar causa justificada. A medida que tienen conocimiento de nuevos documentos e informaciones (entre ellos los peritos que pueden llamar para declarar), todas las partes siguen teniendo una obligación continuada de proporcionar documentos pertinentes, no reservados, para reforzar la identificación de los testigos y peritos, y respetar cualesquiera acuerdos entre las Partes acerca de los documentos o informaciones a intercambiar. Los documentos que no se hayan intercambiado previamente o los testigos o peritos no identificados con anterioridad, no serán considerados por los árbitros en la vista. Catorce (14) días calendarios antes de la vista, las Partes intercambiarán y proporcionarán a los árbitros (a) una lista de los testigos que tienen previsto llamar (entre ellos cualesquiera peritos) con una descripción breve del testimonio directo previsto de cada testigo y un estimado de la duración del mismo y (b) copias premarcadas de todos los anexos que se proponen utilizar en la vista.

Los árbitros solamente pueden otorgar remedios monetarios y no están facultados para otorgar indemnización por daños y perjuicios distinta de la compensación por daños y perjuicios y, a discreción de los árbitros, intereses. El laudo de los árbitros no incluirá indemnización punitiva ni ejemplar por daños y perjuicios. El laudo deberá satisfacer todos los reclamos de todas las Partes. Los honorarios y gastos de árbitro serán cubiertos por igual por las Partes. Los

honorarios y gastos por aplazamiento o cancelación deberán ser cubiertos por la Parte que ocasiona el aplazamiento o cancelación. Excepto cuando se disponga lo contrario en la presente Póliza, cada Parte deberá cubrir sus propios honorarios y gastos incurridos, entre ellos sin limitación todos los costos de radicación, honorarios de testigos, honorarios de testigos peritos, costos de transcripción, costos de traductor y traducción y los honorarios de su abogado.

Las Partes acuerdan que cualquier arbitraje u otro procedimiento relacionado con un litigio que surja con arreglo a esta Póliza y/o la Aplicación de dicha Póliza, se deberá llevar a cabo únicamente entre ellos. Ninguna de las Partes deberá solicitar, ni acceder a ninguna solicitud, de que su litigio se una o consolide para propósito alguno, entre ellos sin limitación, a ninguna acción de grupo u otro recurso procedimental similar, con ningún otro procedimiento entre dicha Parte y cualquier tercero.

Ningún agente puede ceder o cambiar ninguna de las disposiciones de la Solicitud de Seguro, esta Póliza, o cualquier documento expedido al respecto de la misma. Solamente un oficial autorizado de la Aseguradora puede hacer cambios o renunciaciones y dichos cambios deberán constar por escrito.

EXCLUSION Y LIMITACION POR SANCIONES

La Aseguradora no estará obligada a otorgar o mantener cobertura y la Aseguradora no será responsable de pagar cualquier reclamo o proporcionar cualquier beneficio bajo el presente contrato, en la medida que el otorgar tal cobertura, pagar tal reclamo o proporcionar tal beneficio exponga a la Aseguradora a alguna sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones o las sanciones comerciales o económicas de las Islas Caimán (territorio Británico de ultramar), Naciones Unidas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, el Reino Unido, los Estados Unidos de América o algún otro país cuyas sanciones sean aplicables a la Aseguradora.

EXCLUSIONES

Los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza:

- 1) Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes no declaradas y aquellas específicamente excluidas, según consta en el Certificado de Seguro, si las hubiese a menos que sea enmendado.
- 2) Costos por tratamientos durante los primeros 30 días después de la Fecha de Inicio de la Póliza con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.

- 3) Tratamiento que requiera ser certificado, pero que no haya sido certificado por la Aseguradora.
- 4) Tratamiento que exceda los límites de cobertura.
- 5) Toda porción de un cargo que esté en exceso de lo que constituye un cargo usual, acostumbrado y razonable por ese servicio en esa zona.
- 6) Toda transportación para obtener tratamiento médico a no ser Ambulancia Local.
- 7) Exámenes Médicos de Rutina excepto los que se definen anteriormente (incluyendo vacunaciones, expedición de certificados médicos, testificaciones médicas con propósitos de viajes o de obtención de empleos).
- 8) Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista así como aparatos para sordos, los costos de espejuelos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión.
- 9) Todo tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal (que no constituya Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente).
- 10) Equipos Médicos Duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro Equipo Médico Duradero, excepto a como se define en esta Póliza.
- 11) Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios, excepto a como se define en esta Póliza.
- 12) Costos por aborto y sus consecuencias, que se hayan realizado por razones psicológicas o sociales.
- 13) Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, Autismo, apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental, a menos que sean resultantes de una Enfermedad o Lesión cubierta tal y como se define en esta Póliza; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas.
- 14) La cirugía electiva o cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de Lesión, deformidad o Enfermedad que ocurra por primera vez mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
- 15) Cualquier tipo de tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causados por Accidente o trauma. Evidencia de trauma tendrá que ser confirmado radiográficamente (rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).
- 16) Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicido, abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas.
- 17) Tratamiento de Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas la enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus HIV positivo.
- 18) Tratamientos por parte de un Miembro de la Familia y cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
- 19) Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes cubiertos según se define en esta Póliza.
- 20) Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivo mono o biventriculares.
- 21) Gastos de cualquier criopreservación y la implantación o re-implantación de células vivas.
- 22) Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra, o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.
- 23) Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
- 24) Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Para los propósitos de este párrafo, el cargo que exceda el que se habría incurrido de no haber existido cobertura de la Póliza, o que se incurra por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerará como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.
- 25) Medicina complementaria o alternativa, incluyendo pero no limitado a, capacitación en auto atención, auto cuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina Oriental incluyendo acupuntura; terapia de

quelación; masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos.

- 26) Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.
- 27) Todo gasto para la esterilización masculina o femenina (excepto a como se define en esta Póliza), inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual y/o tratamientos de enfermedades sexualmente transmisibles, excepto lo relacionado con SIDA tal y como se define en esta Póliza, o a menos que haya sido previamente definido en esta Póliza.
- 28) Maternidades y Cuidados Neonatales como consecuencia de tratamientos de infertilidad, en el caso que el embarazo dure menos de 32 semanas o Maternidades y Cuidados Neonatales de Pólizas con opción de Deducible IV, V o VI.
- 29) Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento para la obesidad o el control de peso, incluyendo toda forma de suplemento alimentario.
- 30) Cuidados podiátricos, incluyendo pero no limitado a, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, *hallux valgus*, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles, y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
- 31) Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento

óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.

- 32) Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
- 33) Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.
- 34) Medicamentos de venta libre, o sea, que se venden sin necesidad de receta, o Medicamentos por Prescripción Médica no recetados; Medicamentos por Prescripción Médica excepto como se define bajo esta Póliza.
- 35) Reclamaciones y costos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, como resultado de Enfermedades, Accidentes o Maternidades durante el período de Año Póliza, con excepción de los casos en que la Póliza haya sido renovada.
- 36) Tratamiento para lesiones resultando de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, para lo cual el Asegurado reciba una compensación monetaria o beneficio financiero; y/o competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.