



Best Doctors®
I N S U R A N C E

TÉRMINOS Y CONDICIONES

VALIDA A PARTIR
01 DE NOVIEMBRE 2016 HASTA
31 DE OCTUBRE DE 2017

**OAMI
01238**

ART. 1 ACUERDO

Best Doctors Insurance Limited (de ahora en adelante denominada la '**Aseguradora**') se compromete a pagarle al **Asegurado Titular** designado como tal en su calidad de empleado de la empresa contratante ("**Compañía**") los beneficios estipulados en esta póliza por los gastos que haya incurrido un **Asegurado** como consecuencia de cualquier tratamiento, servicio y/o suministro médico cubierto que se lleve a cabo después de la Fecha de Inicio de Cobertura.

Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza, incluyendo los Deducibles y Coaseguros aplicables (si corresponden), los Beneficios Máximos y Límites estipulados en el Resumen de Beneficios y en el Certificado de Cobertura que forman parte integral de esta póliza.

1.1 Derecho de Diez (10) Días para Examinar la Póliza

La Compañía tiene el derecho de devolver la Póliza dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la misma si no está conforme con la cobertura ofrecida y le será reembolsada la prima pagada. La Póliza puede ser devuelta directamente a la Aseguradora o a su agente. De ser devuelta, la Póliza será considerada nula como si nunca se hubiese emitido. De no ser devuelta dentro del período de diez (10) días cualquier requerimiento de devolución de primas será procesado de acuerdo al artículo 5.6 de esta Póliza.

1.2 Aviso Sobre la Solicitud para una Póliza Corporativa

Esta Póliza fue aprobada en base a toda la información suministrada de buena fe por la Compañía y /o los empleados participantes en la solicitud y/o propuesta acordada por las partes ("**Solicitud**") y al pago total de la prima correspondiente. En consecuencia, cualquier

declaración falsa, reticencia u omisión de información, simulación o disimulo que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, puede dar lugar a la cancelación, rescisión o modificación de la póliza grupal o el Certificado de Cobertura del Empleado implicado en cualquiera de las conductas antes mencionados, quedando liberada la Aseguradora de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la misma, según sea el caso. Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando un Asegurado o su representante o quien haya proporcionado los servicios médicos, en colusión con el Asegurado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta Póliza, artículos y sus Enmiendas. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Aseguradora a causa de omisión declaración inexacta o negligencia por parte del Grupo o por un error administrativo de la Aseguradora, deberá ser reintegrado a la Aseguradora al primer requerimiento. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud para una póliza grupal.

ART. 2 VIGENCIA DE LA PÓLIZA CORPORATIVA

La cobertura provista por esta póliza comienza a las 00:01 horas Estándar del Este (EE.UU.) del día primero (1ro) o del día quince (15) siguiente de la fecha en que la Aseguradora aprueba la cobertura y recibe el pago total de la prima corporativa. La cobertura termina a las 24:00 horas Estándar del Este (EE.UU.) en la fecha de expiración de la póliza.

La cobertura tiene un período de duración de doce (12) meses y será renovada siempre y cuando el Grupo cumpla su compromiso de pago, por un período de tiempo similar con el pago de la prima correspondiente indicada al tiempo de la renovación, siempre que se mantengan las condiciones de Elegibilidad y sujeta al previo análisis de la siniestralidad del grupo de acuerdo a las, definiciones, condiciones y otras provisiones de la póliza vigente al momento de la renovación.

ART. 3 ELEGIBILIDAD

3.1 Requisitos Básicos de Elegibilidad

La Compañía debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegible:

- a) Estar legalmente constituida fuera de los Estados Unidos de América.
- b) Debe tener un mínimo de diez (10) empleados laborando a tiempo completo o un mínimo de 30 horas semanales.

El Asegurado Titular (empleado) y sus dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

- a) No residir en los Estados Unidos.
- b) No ser menores de dieciocho (18) años (excepto para los dependientes elegibles).
- c) No ser mayores de 79 años al momento de solicitar la cobertura.
- d) Ser empleado directo de la Compañía y estar laborando un mínimo de treinta (30) horas o más por semana con la Compañía. Los trabajadores estacionales, temporales, asesores y voluntarios no son elegibles.
- e) Los dependientes elegibles son el cónyuge del Asegurado Titular, su concubino(a), compañero(a) doméstico(a), sus hijos biológicos, hijos legalmente adoptados, hijastros o menores de edad para quienes el Asegurado Titular haya sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente

3.2 Periodo de Inscripción

Las suscripciones al plan estarán abiertas para nuevos empleados únicamente, durante los

treinta (30) primeros días a partir de la fecha de su contratación como tales por la Compañía. Transcurrido este periodo de treinta (30) días, los empleados, para formar parte de la póliza grupal, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar una prueba de asegurabilidad satisfactoria para la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o modificar las condiciones de cobertura para el Solicitante. Las suscripciones para empleados que cuentan con antigüedad en la Compañía deberán ser sustentadas por la documentación apropiada, a criterio de la Aseguradora, que compruebe su elegibilidad al plan. La Aseguradora determinará si la solicitud de adición del empleado con antigüedad deberá pasar por evaluación médica individual y/o estará sujeto a un periodo de espera.

3.3 Vigencia Cobertura para dependientes elegibles del Asegurado Titular (empleado)

La cobertura para los dependientes se mantiene en vigor hasta la próxima fecha de aniversario de la póliza después de cumplir los dieciocho (18) años de edad si son solteros. La cobertura para los dependientes mayores de dieciocho (18) años puede continuar efectiva si son estudiantes a tiempo completo en una institución educativa debidamente acreditada y hasta la próxima fecha de aniversario de la póliza después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad.

Best Doctors se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento, una certificación o constancia de estudios por escrito de parte de la institución donde asiste el estudiante.

Si un hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o deja de ser estudiante de tiempo completo, o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o por anulación del matrimonio, la cobertura para estos dependientes terminará en la fecha de expiración de la póliza que siga

al evento correspondiente.

Para incluir en la póliza a un recién nacido como asegurado dependiente se requiere notificar a la Aseguradora dentro de los primeros sesenta (60) días del nacimiento y cancelar la prima adicional correspondiente. Si el recién nacido no es inscrito durante el período de sesenta (60) días a partir de su nacimiento, se deberá presentar una Solicitud de Seguro a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o modificar las condiciones de cobertura para el Solicitante.

Para hijos adoptivos, bajo tutoría o protección legal se requiere presentar los documentos que establecen el parentesco con el Asegurado Titular.

ART. 4

ARTICULOS GENERALES

4.1 Emisión de la póliza

Esta Póliza no puede ser emitida o entregada en los Estados Unidos. La Póliza se considerará emitida y entregada al recibo de la misma por el Agente o Administrador del Grupo designado por "La Compañía".

4.2 Autoridad

Ningún agente o Administrador de Grupo tiene autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus provisiones. Después de ser emitida, ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea aprobado por escrito por un oficial autorizado por la Aseguradora y tal aprobación sea endosada por una enmienda a la póliza. Cualquier error material en los documentos que constituyen el contrato no obliga a la Aseguradora y podrá corregirse una vez

sea detectado a través de una enmienda

al certificado de cobertura.

4.3 Contrato completo

La solicitud de seguro y/o la propuesta aprobada por las partes, la póliza, los Certificados de Cobertura de los Asegurados y cualquier anexo o enmienda, constituirán el contrato completo entre las partes.

4.4 Moneda

Todos los valores mencionados en esta Póliza son en Dólares Estadounidenses (USD).

4.5 Comienzo del seguro

Sujeto a las provisiones de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha de inicio de cobertura, según se indica en cada certificado de cobertura.

4.6 Entrega de información médica al Agente de Registro o Administrador del Grupo

La Compañía, mediante su representante designado en la Solicitud, al aceptar la cobertura que le ofrece este plan corporativo a sus empleados, expresamente afirma que todos los asegurados, entienden y aceptan que el agente de registro podrá acceder a toda la información médica confidencial (pasada, presente y futura) que se entregue a la Aseguradora, o cualquiera de sus afiliados o subcontratistas así como la que la propia Aseguradora emita. El Asegurado por tanto, acepta que la Aseguradora ponga esta información a disposición de su Agente y/o Administrador de Grupo, con el fin de facilitar la transferencia de información, en su nombre, entre el Asegurado y la Aseguradora, durante el proceso de reclamos y/o provisión de tratamientos médicos que el Asegurado Titular y cualquier otro dependiente cubierto bajo esta póliza reciban. El Asegurado Titular por tanto consiente este acceso a la

Aseguradora para su Agente y/o Administrador, y reconoce que por lo tanto no es una obligación de la Aseguradora solicitar su consentimiento. Por el contrario, el Asegurado, con conocimiento de causa y voluntariamente ha solicitado dicha provisión de acceso de información para su Agente y/o Administrador. El Asegurado está de acuerdo en que la Aseguradora puede proporcionar y/o entregar dicha información a su Agente y/o Administrador de cualquier forma que la Aseguradora elija, a su entera discreción.

4.7 Cambio del país de residencia de la compañía y/o del Asegurado

La compañía debe notificar por escrito a la Aseguradora cualquier cambio en el país de su incorporación, así como los cambios de residencia de sus empleados asegurados bajo este plan, dentro de los primeros treinta (30) días de haber ocurrido dicho cambio. Los cambios de residencia tanto de la compañía como de sus empleados asegurados a países distintos a los Estados Unidos, podrían resultar en un ajuste de primas de acuerdo al área geográfica donde se haya realizado el cambio de residencia, efectivo en la fecha de la próxima renovación que siga a ese evento.

La falta de notificación a la Aseguradora de cualquier cambio de residencia a otro país distinto al que aparece en la Solicitud y/o en el Certificado de Cobertura, puede resultar en la modificación o cancelación de la póliza en la fecha del próximo aniversario o renovación, lo que suceda primero.

4.8 Cobertura bajo otro seguro

De existir otro seguro de salud colectivo, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, estos deberán ser declarados en el momento de adquirirlos o cuando se haga la solicitud original. En caso de

reclamación se deberán presentar verificación de cobertura y copia de las facturas desglosadas conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora (EOB). La Aseguradora procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados al deducible de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta póliza. El total de los pagos no podrán exceder los gastos incurridos.

4.9 Cancelación o no renovación de la póliza

La Póliza se considerará cancelada automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) La falta de pago del total de la prima del grupo
- b) Cuando se reciba un Aviso escrito de "La Compañía" a la Aseguradora comunicando su decisión de no continuar con el seguro.
- c) Cuando la Aseguradora emita un Aviso por escrito indicando a la compañía la cancelación o rescisión de la Póliza grupal de acuerdo con lo estipulado en la misma.

La cancelación anticipada de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a pagos por Gastos Cubiertos incurridos con anterioridad a la fecha de cancelación. No se cubrirá ningún tratamiento que ocurra después de la fecha de cancelación de la Póliza, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la Enfermedad o Accidente o cuánto tratamiento adicional pueda ser requerido.

4.10 Fraude

Si mediante falsedad o engaño, un Asegurado trata de, o logra obtener

beneficios para sí mismo, o para otra persona, que de otra forma no le hubiesen correspondido o no hubiesen sido pagaderos, su certificado de cobertura individual será automáticamente cancelado por la Aseguradora. En este sentido, la existencia de fraude tendrá como resultado que el Asegurado Titular de un certificado y sus Asegurados dependientes pierdan automáticamente todos sus derechos de cobertura en virtud de esta Póliza. Además, en caso de fraude, el Asegurado Titular será responsable de forma inmediata frente a la Aseguradora por todos los pagos realizados indebidamente por esta al Asegurado o directamente al Proveedor de servicios médicos en virtud de esta Póliza. No habrá derecho a reembolso por prima no devengada.

ART. 5 TARIFAS Y PAGO DE LA PRIMA

5.1 Modalidad del pago de la prima

Esta póliza es considerada una póliza anual. La prima puede ser pagada en forma Anual, Semestral o Trimestral según previa autorización de la Aseguradora.

5.2 Período de gracia

La Aseguradora concederá un plazo de treinta (30) días contados a partir de la Fecha de Vencimiento de la Póliza para efectuar el pago de la prima. Si la prima no se paga dentro del Período de Gracia, la Aseguradora dará por terminada la Póliza a las 23:59 horas del último día por el que se ha pagado la prima. Los Gastos Cubiertos en que incurra cualquier Asegurado durante el Período de Gracia serán pagados siempre que se pague el total de la prima adeudada antes del vencimiento de dicho período.

5.3 Pago de la prima

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad de La Compañía. La prima es pagadera en la Fecha de Renovación de la Póliza. El pago de la prima conserva la Póliza en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago. La prima pagada en exceso no dará lugar a responsabilidad adicional por dicho exceso, sino única y exclusivamente a la devolución de dicha prima pagada en exceso, sin intereses. La diferencia será devuelta por la Aseguradora en la misma forma de pago en que fue recibida.

La falta de pago de la prima en el plazo acordado, o en el momento cuando se ha hecho exigible, dará derecho a la Aseguradora a resolver unilateralmente y de pleno derecho esta Póliza, como aquí se establece.

5.4 Aviso de Pago

Si La Compañía no recibe un aviso de pago treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento, y La Compañía desconoce el monto de la prima, deberá contactar a su Agente o a la Aseguradora.

Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por la Aseguradora no implican la renuncia por parte de la Aseguradora a su derecho a resolver esta Póliza por falta de pago de la prima. Cuando se trate de la prima de renovación, la falta de pago en la Fecha de Vencimiento se entenderá como la voluntad expresa de la compañía a no renovar la Póliza.

5.5 Cambio de tarifas

La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar las tarifas de esta póliza en la fecha de cada aniversario de acuerdo, entre otros factores, a la inflación de costos médicos y/o siniestralidad del grupo.

5.6 Devolución de la prima

Si La Compañía o la Aseguradora cancela

o rescinde los beneficios de la póliza a un Asegurado Titular, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima correspondiente a dicho Asegurado, a la compañía.

Si la Compañía solicita la cancelación de la póliza a la Aseguradora o esta la cancela por razones distintas al fraude, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima a la compañía hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima.

ART. 6 NOTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

6.1 Ventajas de la Notificación

Algunos de los beneficios bajo esta Póliza están sujetos a un requisito de notificación previa. La notificación le permite a La Aseguradora confirmar la elegibilidad de El Asegurado, autorizar los beneficios como corresponde y negociar mejores descuentos para beneficio de El Asegurado y controlar los costos médicos.

En todas las circunstancias, el asegurado debe notificar a la Aseguradora de su intención o necesidad de hospitalización, cirugía ambulatoria o exámenes de diagnóstico mayores.

Adicionalmente, El Asegurado deberá notificar a La Aseguradora y obtener la autorización correspondiente para los siguientes beneficios, si están disponibles dentro de la cobertura:

- Partos dentro de la red de Maternidad de Best Doctors
- Cirugía reconstructiva de la nariz
- Equipo Médico Durable o dispositivos especiales
- Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea

- Terapia física ambulatoria, rehabilitación, cuidado médico a domicilio (enfermera privada)
- Repatriación de restos mortales o servicios de cremación
- Cuidados Paliativos en caso de Enfermedad terminal
- Trasplantes de órganos y Tejidos
- VIH/SIDA
- Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica
- Cirugías Bariátrica, de By-pass Gástrico, y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos.

Los siguientes beneficios deberán ser coordinados por la Aseguradora, si están disponibles dentro de la cobertura:

- Equipo Médico Durable o dispositivos especiales
- Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea
- Trasplantes de órganos y Tejidos
- Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o
- cirugía profiláctica
- Cirugías Bariátrica, de By-pass Gástrico, y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico
- destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos.

6.2 Plazos para la Notificación:

Para cumplir con el requisito de notificación, El Asegurado deberá comunicarse con La Aseguradora al teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación, en los siguientes plazos:

a) Para cualquier cuidado médico: Por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico relacionado con los servicios o beneficios que requieren notificación.

b) Todos los servicios de Emergencia: deben ser notificados al menos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al comienzo de la Emergencia, El Asegurado, o alguien actuando en su nombre, deberá comunicarse con La Aseguradora.

Si el Asegurado no cumple el requisito de notificación dentro de los plazos especificados en este artículo, salvo causa ajena no imputable al Asegurado, este será responsable por el treinta por ciento (30 %) del monto de los Gastos Cubiertos, después de cubrir el Deducible correspondiente.

La Aseguradora no retornará la documentación en original que reciba. Si se solicita por escrito se podrá otorgar copias de dichos documentos. El Asegurado es responsable frente al Proveedor de todos los gastos no cubiertos bajo esta Póliza Si se solicita por escrito se podrá otorgar copias de dichos documentos.

ART. 7

PAGO DE RECLAMACIONES

7.1 Notificación

Para la notificación de cualquier servicio médico el Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora siguiendo las estipulaciones definidas en esta póliza.

7.2 Información Médica

El Asegurado deberá suministrar todas las informaciones requeridas por la Aseguradora sobre su estado de salud, antes y después de la emisión de la Póliza y autorizará a los profesionales o instituciones donde hubiera sido o sea tratado, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica cuando la Asegurado lo requiera.

7.3 Informes médicos

La Aseguradora solicitará todos los expedientes y/o reportes médicos

necesarios directamente al proveedor en los casos que se efectúe el pago directo, o al Asegurado en el caso de pagos por reembolso. El Asegurado será en última instancia el máximo responsable por la obtención y suministro de dichos informes o expedientes médicos a la Aseguradora. Para la obtención de dichos reportes, la Aseguradora necesitará la debida autorización firmada de todos los formularios que requiera el proveedor de servicios médicos. La no autorización, o la no obtención de los expedientes e informes médicos necesarios, podría ser motivo para que la reclamación sea aplazada y/o denegada.

7.4 Pago de reclamaciones

Tan pronto la Aseguradora disponga de la información completa relacionada con una reclamación, efectuará los pagos de los Gastos Cubiertos de acuerdo con las condiciones, enmiendas y Anexos de esta Póliza, en moneda de curso legal, directamente a Médicos y Hospitales en todo el mundo de acuerdo a las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará directamente al Asegurado los gastos cubiertos igualmente de acuerdo a las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables, que correspondan.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado Titular y/o al Proveedor de servicios médicos.

Por otra parte, si posterior al pago de una reclamación la Aseguradora llegara a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo con las condiciones, Enmiendas y Anexos de esta Póliza, o fue hecha por un error administrativo la Aseguradora podrá solicitar del Asegurado Titular o de la

persona que solicitó tal reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago, ya sea en mediante solicitud por escrito o mediante demanda civil.

7.5 Plazo para entrega prueba de reclamación

Las reclamaciones o facturas relacionadas con Gastos Cubiertos bajo esta Póliza deberán ser enviadas a la Aseguradora a la dirección indicada en el Formulario de Reclamación. La Aseguradora deberá recibir toda la información dentro de los primeros ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha del tratamiento o servicio. Si la información no se recibe dentro del periodo de tiempo establecido, no procederá la reclamación y la Aseguradora quedará relevada de toda obligación.

Las facturas deben ser originales y deben detallar cada uno de los servicios prestados de acuerdo con lo estipulado por la póliza. De igual manera se deberá adjuntar el Formulario de Reclamación de la Aseguradora correctamente diligenciado y firmado. También será necesario el expediente médico completo y cualquier otro documento requerido por la Aseguradora.

7.6 Apelación de reclamaciones

En caso de cualquier desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora sobre la aplicación de la póliza y/o sus provisiones, el Asegurado podrá solicitar una revisión del caso por la Aseguradora. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito, que deberá incluir copias de toda la información relevante del caso. Al presentarse el pedido de revisión, la Aseguradora determinará si es necesaria alguna información y/o documentación adicional y actuará para obtenerla oportunamente. La Aseguradora notificará al Asegurado de su decisión y del razonamiento en que se basó esa decisión

en un plazo de treinta (30) días laborables.

7.7 Arbitraje

Toda discrepancia, controversia, reclamo o desacuerdo después de una apelación; o cualquier conflicto entre la Aseguradora y La Compañía o el Asegurado Titular en cuanto a la interpretación, incumplimiento, cancelación e invalidez de la Póliza o de la responsabilidad u obligación de la Aseguradora, o por cualquier otra causa, será resuelto por medio de un arbitraje, de acuerdo a las reglas de la American Arbitration Association (AAA) de los Estados Unidos, cuyo tribunal estará compuesto por tres miembros designados por Las Partes, los cuales deben tener experiencia en asuntos similares relacionados con productos de seguros médicos a nivel internacional.

Cada Parte seleccionará un árbitro y el tercer árbitro deberá ser seleccionado por los árbitros de las Partes. En caso de desacuerdo entre los árbitros, la decisión descansará en la mayoría. Tanto el Asegurado Titular como la Aseguradora pueden iniciar el arbitraje notificando por escrito a la otra parte, demandando el arbitraje y nombrando su árbitro. La otra Parte contará con veinte (20) días después de recibir dicha notificación dentro de los cuales debe designar su árbitro. Los dos (2) árbitros designados por Las Partes, dentro de los diez (10) días siguientes, elegirán al tercer árbitro y el arbitraje será efectuado en la ciudad de Nueva York, Nueva York, Estados Unidos, diez (10) días después del nombramiento del tercer árbitro. Si la otra Parte no nombra su árbitro dentro de veinte (20) días la Parte demandante designará el segundo árbitro sin que la otra Parte deba considerarse agredida por ello.

El Asegurado confiere jurisdicción exclusiva a los tribunales de la ciudad de Nueva York, Nueva York, Estados Unidos, para la determinación de cualquier derecho y acción legal que surja directa o indirectamente de esta Póliza. El Asegurado y

la Aseguradora acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. El Asegurado y la Aseguradora declinan cualquiera y todos los derechos a un juicio con jurado y acuerdan ir a un juicio por juez únicamente, excepto en los casos en que las decisiones tomadas por el tribunal de arbitraje sean ejecutadas por la vía judicial.

7.8 Subrogación e indemnización

La Aseguradora tiene derecho a la subrogación o reembolso por parte del Asegurado a quien ha pagado, o en cuyo nombre ha pagado, cualquier reclamación, si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de parte de una tercera entidad. Además, la Aseguradora tiene el derecho de proceder a su propio costo en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta Póliza, o que sean responsables por haber causado una Lesión cubierta bajo esta Póliza. Esto aplica incluso si el Asegurado no recupera el total de su reclamación en contra de dichas personas y también si el pago que el Asegurado recibe se describe como pago por otros gastos que no sean por cuidado médico. Los gastos incurridos por concepto de honorarios legales u otros no podrán descontarse para reducir la cantidad que debe rembolsar a la Aseguradora.

El Asegurado debe colaborar con la Aseguradora entregándole la información necesaria, completando y firmando todos los documentos necesarios para que la Aseguradora pueda recuperar lo que ha pagado. Esto también significa que el Asegurado debe avisar a la Aseguradora antes de resolver cualquier reclamación relacionada con Lesiones sostenidas por acción u omisión de otra persona para la cual la Aseguradora haya pagado beneficios. El Asegurado no debe hacer nada que pueda limitar el derecho de la

Aseguradora a ser plenamente reembolsado.

7.9 Cambio de Clases dentro del Grupo

Los cambios de clases (como se define en esta póliza) o de beneficios de cobertura dentro de un grupo corporativo estarán sujetos a la aprobación de la Aseguradora, al pago de un ajuste de tarifas y al cumplimiento de un periodo de espera para ciertos beneficios.

ART. 8 DEFINICIONES

8.1 Accidente

Un suceso imprevisto, inesperado y no intencional debido única y exclusivamente a una causa externa, que resulta, de forma directa e independiente de otras causas, en lesiones corporales para el Asegurado.

8.2 Accidente Grave

Cualquier evento repentino o imprevisto producido por una causa externa. La Lesión grave es fortuita, es decir que ocurre sin la intención del Asegurado y con un impacto externo súbito sobre su cuerpo, causando una Lesión demostrable que a su vez haga necesaria una Hospitalización inmediata.

8.3 Administrador del Grupo

Persona designada por la Compañía para tramitar y recibir información relativa a la póliza grupal con la Aseguradora y los Asegurados bajo el grupo

8.4 Aeronave privada

Cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una aerolínea comercial.

8.5 Ambulancia aérea

Transporte aéreo con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado desde el sitio donde se

encuentra hasta el hospital más cercano donde se le pueda proporcionar el tratamiento médico adecuado.

8.6 Ambulancia terrestre

Transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado.

8.7 Endosos

Documento añadido a la póliza por la Aseguradora que agrega cobertura opcional.

8.8 Año póliza

El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de cobertura de la póliza y los periodos de 12 meses subsiguientes.

8.9 Asegurado

El término "Asegurado" incluye al empleado (Asegurado Titular) y/o sus dependientes cubiertos bajo un certificado.

8.10 Asegurado Dependiente

Cónyuge o Concubino(a) o Compañero(a) Doméstico(a) o Hijo Dependiente del Asegurado Titular que cumplen los requisitos establecidos en la cláusula de Elegibilidad de esta póliza.

8.11 Asegurado Titular de un Certificado

Persona natural no menor de dieciocho (18) años de edad, quien tiene derecho por ser empleado elegible de la Compañía a recibir el pago de los Gastos Cubiertos a que hubiera lugar por esta Póliza.

8.12 Aseguradora

Best Doctors Insurance Limited

8.13 Best Doctors Concierge™

Servicio de coordinación de citas médicas y de admisión hospitalaria, coordinación de transporte y hospedaje cuando el Asegurado requiera servicios médicos fuera de su País de

Residencia. El Asegurado es responsable por los gastos de viaje, hospedaje y cualquier gasto no cubierto por esta Póliza.

8.14 Células Madres

Son Células Madres Adultas (Células Hematopoyéticas) que se obtienen de la sangre del cordón umbilical en el momento del parto y se almacenan mediante criopreservación.

8.15 Certificado de Cobertura

Documento de la póliza que puede o no ser igual para todos los asegurados titulares dentro de un grupo y que especifica la Vigencia de la cobertura, cualquier limitación, enumera a todos los Asegurados y forma parte integral del Contrato de la Póliza Grupal celebrado entre Las Partes.

8.16 Clases

Diferentes categorías de funcionarios dentro de una empresa que disponen de diferentes beneficios, niveles de cobertura y tarifas dentro de una misma póliza.

8.17 Coaseguro

Porcentaje a cargo del asegurado que se aplica a los servicios médicos cubiertos después de haber satisfecho cualquier copago o deducible requerido.

8.18 Complicaciones de Maternidad

Patología o tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, como son: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca y toxemia gravídica, embarazo ectópico, diabetes gestacional, aborto que requiere de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto, terminación espontánea del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida.

No será considerada como Complicación de Maternidad: la cesárea electiva o una cesárea después de haber tenido una cesárea, manchas de flujo vaginal sanguinolento o reposos prescritos por el médico durante el período de gestación por la sintomatología propia y tradicional del embarazo, servicio o tratamiento de una enfermedad crónica no relacionada al embarazo, aun cuando durante el periodo de gestación requiera un tratamiento específico, complicaciones de embarazos que son productos de tratamientos de fertilidad y complicaciones de embarazos cuando el parto no está cubierto por la Póliza.

8.19 Complicaciones del Nacimiento

Cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento (no debido a factores genéticos), que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

8.20 Concubino(a) – Compañero(a) Doméstico(a)

Concubino- Compañero(a) Doméstico(a): Parejas no casadas, ni con su compañero(a) ni con un Cónyuge anterior incluyendo las del mismo sexo quienes viven y comparten una vida en común pero no unidos bajo un matrimonio tradicional o unión civil en el país en el que residen. Deben cumplir las siguientes condiciones: Ambos mayores de dieciocho (18) años de edad, y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos.

8.21 Condición Congénita y/o Hereditaria

Cualquier Enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento,

independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

8.22 Condición preexistente

- a) Una condición que fue diagnosticada por un médico antes de la fecha de inicio de cobertura de la póliza o su rehabilitación; o
- b) Una condición por la cual se consultó a un médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la fecha de inicio de cobertura de la póliza o su rehabilitación; o
- c) Una condición por la que cualquier síntoma o signo que se hubiera presentado a un médico antes de la fecha de inicio de cobertura de la póliza o su rehabilitación, hubiera resultado en el diagnóstico de una enfermedad o desorden.

8.23 Cónyuge

La persona con quien el Asegurado Titular de un certificado ha efectuado un contrato de matrimonio, que es válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho contrato.

8.24 Copago

Cantidad fija a cargo del asegurado por un servicio médico específico o suministro.

8.25 Cuidado del recién nacido saludable

Atención médica de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

8.26 Cuidado de custodia

Servicios proporcionados que incluyen pero no están limitados a asistencia personal que no requieren la destreza de un profesional.

8.27 Cuidados Paliativos

La atención médica a pacientes cuya Enfermedad crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento

8.28 Deducible

La porción de los Gastos Cubiertos que debe pagar el Asegurado antes de que nazca la

obligación de pagar por parte de la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula de "Responsabilidad del Asegurado" en el documento de Cobertura".

8.29 Donante vivo

Una persona que sea capaz de donar un órgano corporal, de vivir sin él y que este sea compatible con el receptor del órgano.

8.30 Drogas Ilícitas

Medicamentos farmacéuticos o compuestos químicos similares, de acuerdo a la definición del gobierno federal de los Estados Unidos, cuya venta al público sea ilegal (como por ejemplo la cocaína), así como medicamentos dispensados por prescripción médica si son utilizados con otros propósitos que no sean los específicamente autorizados por la FDA (como por ejemplo, oxycotin cuando se utiliza con otra finalidad que no sea el alivio del dolor), o la utilización ilícita de compuestos químicos que se venden normalmente para ciertos usos (como por ejemplo, ingerir alcohol para uso tópico).

8.31 Emergencia

Una Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado por lo cual se requiere cuidado médico inmediato

8.32 Empresa o Compañía

Entidad integrada por el capital y el trabajo, como factores de la producción, y dedicada a actividades de lícito comercio en las áreas industriales, mercantiles o de prestación de servicios, que asegura sus empleados y dependientes bajo el plan grupal, y es la encargada de administrar y pagar la póliza contratada con la Aseguradora.

8.33 Enfermedad

Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes mórbido de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o

quirúrgico.

8.34 Enfermera(o)

Una persona legalmente licenciada de acuerdo a los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos.

8.35 Enmienda

Documento agregado a la póliza por la Aseguradora que aclara, explica o modifica la póliza.

8.36 Equipo médico durable

Cualquier equipo médico diseñado para uso continuo. Este incluye pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de Hospital, respiradores, muletas.

8.37 Estados Unidos

Todas las referencias a los Estados Unidos han de interpretarse como referencias a los Estados Unidos de Norte América.

8.38 Exámen Médico de Rutina

Evaluación médica preventiva realizada por un Médico facultado donde completa una evaluación de la salud del Asegurado e incluye recolección de la historia clínica y el estilo de vida.

8.39 Exámen de Diagnóstico Mayor

Hace referencia a los siguientes exámenes: Resonancias Magnéticas (MRI), Tomografías Axiales Computarizadas (CT Scan), Endoscopias, Cistoscopias, Stress Test.

8.40 Experimental o investigativo

Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, drogas, dispositivos o suministros que no cumplan con uno o más de los siguientes criterios:

- a) Estudios controlados publicados en la literatura médica revisada por otros profesionales de la misma categoría que demuestran que ese servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en la salud

para un diagnóstico específico.

- b) En el momento en que el servicio o suministro cumple con las normas generalmente aceptadas de práctica médica en los Estados Unidos de América.
- c) En el momento en que el servicio o suministro es recibido por la persona cubierta, haya sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) u otra agencia federal o agencia del estado gubernamental, cuya aprobación se requiere en los Estados Unidos, independientemente del lugar donde se incurra en los gastos médicos.

8.41 Fecha de inicio de cobertura

Fecha en que el seguro entra en vigor para un Asegurado particular, la cual puede ser igual a o diferente de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

8.42 Fecha de renovación

Es el primer día del próximo año póliza. La renovación solo se lleva a cabo en la fecha del aniversario, aunque su pago se puede efectuar en forma Anual, Semestral o Trimestral, según lo acordado.

8.43 Fecha de vencimiento

La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento finalizan todos los beneficios de acuerdo con las condiciones detalladas en este documento.

8.44 Fertilidad Asistida

Tratamientos médicos o quirúrgicos y/o procedimientos cuyo protocolo o técnica ha sido desarrollada para solucionar la patología de la pareja estéril o infértil. Estos pueden ser pero no limitados a: Inseminación artificial, Fertilización in vitro (FIV), tratamiento con medicamentos para estimular la fertilidad masculina o femenina, inyección

intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.

8.45 Gastos cubiertos

Los gastos cubiertos se definen en la cláusula de "Beneficios y Gastos Cubiertos" en el documento de "Cobertura".

8.46 Grupo

Se refiere a los empleados (y sus dependientes elegibles) de la Empresa o compañía contratante de la Póliza de salud

8.47 Habitación Privada

Una habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

8.48 Habitación Semi-privada/Estándar

Una habitación estándar de un hospital equipada para alojar a más de un paciente.

8.49 Honorarios del Anestesta

Cargos de un anestesta por la administración de anestesia durante una intervención quirúrgica o servicios médicamente necesarios para controlar el dolor durante dicha intervención.

8.50 Honorarios del Médico/Cirujano Asistente

Cargos de uno o más médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

8.51 Hospital

Cualquier institución legalmente licenciada como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra localizada, y que:

- a) Esté primordialmente dedicada a proporcionar cuidados de salud para el diagnóstico clínico y quirúrgico, a personas lesionadas o enfermas bajo la supervisión de un profesional de la salud.
- b) No sea un lugar de reposo, un hogar para ancianos, un hogar para convalecientes, una institución o instalación para cuidados a

largo plazo.

8.52 Hospitalización

Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la Hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización.

8.53 InterConsulta™

Es un servicio exclusivo y patentado por Best Doctors el cual ofrece una revisión meticulosa por un experto de Best Doctors, de la información encontrada en sus archivos médicos para ayudarlo a obtener el diagnóstico y tratamiento correcto.

8.54 Lesión

Daño causado al cuerpo del Asegurado.

8.55 Medicamento Necesario o Necesidad Médica

Un servicio médico, suministro, equipo, medicamento, o estadía en un hospital que:

- a) Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del Asegurado;
- b) No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- c) Haya sido prescrito por un médico;
- d) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos; No será considerado como Medicamento Necesario la sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite,

por conveniencia del Asegurado, la familia del Asegurado o el Proveedor del servicio.

8.56 Medicamentos por Prescripción Médica

Medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitada a su indicación por un Médico dentro del país que se trate. Dichos medicamentos deben estar aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la condición del Asegurado.

8.57 Médico

Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. El término "Médico" también incluirá a personas legalmente licenciadas e inscritas para la práctica de odontología.

8.58 País de Residencia

Lugar donde la Empresa contratante esté registrada y ubicada.

8.59 Período de Espera

El período de tiempo durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios de la Póliza.

8.60 Período de Gracia

El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento durante el cual se puede permitir la renovación de la póliza.

8.61 Póliza Grupal

Pólizas compuestas por los *Términos y Condiciones* y *Certificados de Cobertura* emitidos a los Asegurados Titulares de la Compañía contratante.

8.62 Procedimiento principal

Es el procedimiento que ha sido identificado como tal y por el cual se paga el mayor monto de beneficios bajo esta póliza.

8.63 Procedimiento secundario

En el caso que se efectúen múltiples procedimientos, este será el de menor complejidad y/o extensión y por el que se pagará el menor monto de beneficios bajo pagará el menor monto de beneficios bajo esta póliza.

8.64 Proveedor

Aquellos hospitales, centros de diagnóstico, médicos, farmacias y cualquier prestador de servicios de médicos legalmente autorizados.

8.65 Prueba de Asegurabilidad

Documento solicitado por la Aseguradora al Solicitante que contiene su historia médica actualizada para la incorporación al seguro luego de transcurrir el periodo de inscripción establecido, ya sea un Acta de Buena Salud o un reporte médico.

8.66 Recién nacido

Un infante desde el momento del nacimiento hasta el primer mes de vida.

8.67 Segunda opinión quirúrgica

La opinión de un médico independiente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

8.68 Servicios ambulatorios

Tratamientos o servicios médicos proporcionados que no requieren de una admisión intra-hospitalaria.

8.69 Servicios de laboratorio y rayos-x

Radiografías y exámenes de laboratorio para diagnosticar o tratar condiciones médicas.

8.70 Servicios hospitalarios

Todo tratamiento médico suministrado al Asegurado en un Hospital. Los Servicios hospitalarios comprenden los cargos de habitación y alimentación, en caso de

hospitalización, así como el uso de todas las facilidades médicas del Hospital.

Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un Médico, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario.

8.71 Solicitante

La persona que firmó la Solicitud de Seguro

8.72 Solicitud

Toda la documentación en relación a un propuesto Asegurado corporativo sobre la compañía así como sus empleados participantes en el grupo usada por la Aseguradora para determinar la cobertura solicitada y las tarifas aplicables. La solicitud incluye la propuesta comercial de cobertura, el censo de la empresa, cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados o solicitados por la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

8.73 Términos y Condiciones

Se refiere a las cláusulas de la cobertura contratada por La Compañía para los empleados elegibles y todos los documentos asociados al plan corporativo, incluyendo pero no limitando a Certificados y Documento de Cobertura.

8.74 Trasplante

Procedimiento médicamente necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el donante vivo o muerto al receptor.

8.75 Tratamiento dental por Accidente

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto.

8.76 USD

Cuando se indique USD, USD\$, dólares o dólares americanos, se está haciendo referencia a la moneda de curso legal en los Estados Unidos.

8.77 Usual, acostumbrado y razonable

Los costos promedio cobrados por los Proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar y libre de complicaciones. Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables están definidos por el equipo médico de la Aseguradora.

8.78 Redes de Best Doctors

Conjunto de hospitales, clínicas y centros afiliados y aprobados a Best Doctors.

**La póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, una compañía incorporada en las en Bermudas. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por BestDoctors Insurance Holdings, LLC. En representación de Best Doctors Insurance Limited.
www.bestdoctorsinsurance.com**

La póliza que le ofrece cobertura y la Aseguradora que le provee esta póliza no han sido aprobadas por el **Departamento de Seguros de la Florida (OIR).**

Best Doctors, el Logo de Best Doctors, InterConsulta, EliteNavigator, Medical Elite, PremierPlus, GlobalCare, UltimateCare, AdvancedCarePlus, MedicalCare, Best Doctors Concierge y CriticalSelect son marcas registradas de Best Doctors, Inc. en los Estados Unidos y otros países y son utilizadas con convenio de licencia por Best Doctors Insurance Limited.



Best Doctors®
I N S U R A N C E

Llamada de Cobro Revertido
Llamada Gratuito dentro de los EE.UU.

1 305 269 2521
1 866 902 7775

Fax 1 800 476 1160
www.bestdoctorsinsurance.com