Redbridge
Insurance Company, LTD

(De aquí en adelante denominada como "RIC", "la Compañía", "Nosotros", "Nos", "Nuestros")

POLIZA

OneCare Advantage

Para el Tratamiento de Enfermedad de Cáncer, otras Enfermedades Específicas y otros Beneficios Opcionales Adicionales

Diseñada para:

MNSNAME

La persona cuyo nombre aparece en esta página, así como en la Tabla de Beneficios de esta póliza (y sus dependientes elegibles, siempre que hayan sido incluidos en la solicitud original para este seguro), está asegurada para los beneficios especificados que se describen a continuación. El seguro está sujeto en todo respecto a las disposiciones generales de la póliza y copia de la solicitud de seguro, las cuales constituyen el contrato legal integro entre ambas partes, en consideración a los pagos de prima por adelantado.

DERECHO A EXAMINAR LA POLIZA DURANTE 10 DIAS

Lea cuidadosamente la póliza que Usted ha adquirido. Si por cualquier razón Usted no está satisfecho con la misma, puede devolver la póliza a nuestra Oficina Administrativa o a su Representante Autorizado dentro de los **diez (10) días** a partir de su fecha de entrega. En este caso, la póliza será cancelada y se reembolsara cualquier pago de prima que haya sido recibido en la Compañía.

Esta póliza ha sido EMITIDA en la Compañía en la fecha de efectividad y ha sido APROBADA y REFRENDADA por el Presidente y Principal Oficial Ejecutivo de la Compañía para el Negocio Internacional.

REDBRIDGE INSURANCE COMPANY

Greg Morrison
Presidente y Primer Oficial Ejecutivo

ESPECIMEN

ESPECIMEN

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de Beneficios ----------

Parte A. Definiciones ----------

Parte B. Excepciones y Limitaciones ----------

Parte C. Beneficios ----------

Parte D. Lista de Beneficios ----------

Parte E. Disposiciones para los Dependientes ----------

Parte F. Disposiciones para la Renovación ----------

Parte G. Disposiciones de la Póliza
- Cambios en el Contrato Entero ----------
- Declaraciones en la Solicitud ----------
- Límite de Tiempo para Ciertas Defensas ----------
- Período de Gracia ----------
- Reinstalación ----------
- Aviso de Reclamación ----------
- Formularios de Reclamación ----------
- Tiempo para el Pago de Reclamaciones ----------
- Pago de Reclamaciones ----------
- Exámenes Físicos ----------
- Acciones Legales ----------
- Cambio de Beneficiario ----------

Parte H. Disposiciones Adicionales ----------
- Término de Cubierta ----------
- Continuación del Término de la Cubierta para los Dependientes Elegibles bajo los Beneficios Opcionales
- Cesión ----------
- Prima No Pagada ----------
- Acuse de Recibo de la Notificación de una Reclamación ----------
- Error de la Oficina ----------
- Arbitraje Comercial Internacional ----------
- País de Residencia ----------

ESPECIMEN

TABLA DE BENEFICIOS

Póliza Núm.: MPOLICY

Asegurado: MINSNAME

Fecha de Efectividad: MISSDT

Prima: MMODEPREM

Frecuencia de Pago: MMODE

Plan: MDESCR

Dependiente Elegible: Aquellos cuyo nombre aparece incluido en la solicitud original, y el pago de prima fue aceptado.

En consideración a la solicitud original de seguro cuya copia forma parte integral de la póliza, y al pago de la prima por adelantado, la Compañía por este medio le asegura a usted y a sus dependientes elegibles (siempre que hayan sido incluidos en la solicitud de seguro) y acuerda pagar los beneficios especificados en la póliza, sujeto a las disposiciones generales de la póliza, contra cualquier pérdida resultante del tratamiento de la Enfermedad de Cáncer y cualquier enfermedad Especifica que se haya manifestado por primera vez y diagnosticado con posterioridad a la Fecha de Efectividad de la póliza.

IMPORTANTE

Favor de revisar y leer cuidadosamente la solicitud de seguro incluida en esta póliza y notificar por escrito a la Compañía, dentro de **diez (10) días**, si Usted encuentra cualquier información incorrecta o incompleta o si cualquier historial médico no fue debidamente informado en la solicitud. Esta solicitud forma parte integral del contrato de la póliza, la cual ha sido emitida en base a que todas las contestaciones a las preguntas y la información ofrecida en la solicitud sean correctas y estén completas y libres de falsedad.

El término de esta póliza comienza en la fecha de efectividad desde las 12:01 a.m. y termina a las 12:01 a.m. en la fecha de la primera renovación.

ESPECIMEN

POLIZA DE CANCER
POLIZA DE BENEFICIOS LIMITADOS

ESPECIMEN

PARTE A. DEFINICIONES

1. ASEGURADO

Esta póliza provee tres tipos de cubiertas según presentados en la solicitud de seguro. El asegurado, mediante su selección en la solicitud de seguros, determinará el tipo de cubierta que se especifica en la Tabla de Beneficios de la póliza. Si ésta póliza es:

a) **INDIVIDUAL:** La palabra "Asegurado" significa solamente la persona mencionada como el "Asegurado" en la Tabla de Beneficios de la póliza.

b) **INDIVIDUAL + CONYUGE:** La palabra "Asegurado" significa la persona mencionada como "Asegurado" en la Tabla de Beneficios de la póliza y su cónyuge, como se define en esta cláusula.

c) **FAMILIAR:** La palabra "Asegurado" incluye al cónyuge del asegurado y todos los hijos dependientes del asegurado, solteros y menores de veintiún (21) años, e hijos dependientes solteros menores de veintitrés (23) años, que sean estudiantes a tiempo completo de una institución académica acreditada, y que aparecen especificados en la solicitud de seguro y en la Tabla de Beneficios de la póliza.

En esta póliza, *"usted", "su", o "sus*" se refieren al asegurado, su cónyuge y a los dependientes elegibles. *"Nosotros", "nuestros" o "nos*" se refieren a la Compañía.

Para fines de esta póliza, la palabra "***cónyuge"*** incluirá la relación consensual entre dos personas solteras, que sean mayores de edad y/o emancipadas, y que convivan en forma pública bajo un mismo techo por un término mínimo de seis (6) meses, y que exista interés asegurable legítimo.

2. CÁNCER

Enfermedad clasificada como carcinoma, sarcoma, Mal de Hodgkin, leucemia, linfoma o tumor maligno, que se manifieste por primera vez, se inicien pruebas de laboratorios o diagnóstico, y se diagnostique después de la fecha de efectividad de la póliza y mientras usted o algún dependiente elegible estén cubiertos en esta póliza. No incluye otras condiciones que pueden considerarse precancerosas, tales como "leucoplasia", carcinoide, hiperplasia, policitemia, melanoma benigno, lunares o enfermedades o lesiones similares; tampoco cubre tratamiento o enfermedades relacionadas al Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).

Dicho cáncer tiene que ser diagnosticado positivo por un médico legalmente licenciado activo y debidamente autorizado y certificado para ejercer su profesión, en base a un examen microscópico de tejido fijo o preparaciones del sistema hémico u otro método aceptado por la comunidad médica para diagnóstico de cáncer (ya sea mientras la persona asegurada viva o post-mortem). El doctor que determine el cáncer basará su juicio sólo en el criterio de la malignidad, según lo acepta la Junta Americana de Patología, después de un estudio de la arquitectura o patrón histocitológico del tumor, tejido o la muestra sospechosa. En caso de que a usted o algún dependiente elegible se le diagnostique cáncer y reciba tratamiento definitivo o atención en un hospital como resultado del mismo y si en vida no ha sido posible obtener un diagnóstico positivo, entonces, luego de recibir un diagnóstico positivo post-mortem por un Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía legalmente certificado, pagaremos los beneficios según se establecen en la póliza a partir: (1) de la fecha del diagnóstico provisional, o (2) de la fecha de la admisión al hospital; o de ambas, la que ocurra primero.

3. DEPENDIENTE

Cualquier persona que haya sido incluida en la solicitud y que sea elegible para cubierta de acuerdo con la Parte E**.** Disposiciones para los Dependientes.

4. ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

"Enfermedades Específicas" significa una o más de las enfermedades abajo mencionadas, siempre y cuando se hayan manifestado por primera (1ra) vez y diagnosticado después de que esta póliza haya estado en vigor por noventa (90) días consecutivos y mientras usted o algún dependiente elegible estén cubiertos bajo esta póliza.

1. Distrofia Muscular
2. Poliomielitis
3. Esclerosis Múltiple
4. Encefalitis
5. Rabia
6. Tétano
7. Tuberculosis
8. Osteomielitis
9. Meningitis Bacteriana (epidemia Cerebroespinal)
10. Anemia Depranosítica
11. Difteria
12. Tularemia
13. Viruela
14. Fiebre Tifoidea
15. Fiebre Escarlatina
16. Lupus Eritematosos
17. Malaria
18. Síndrome de Reye
19. Miastenia Grave
20. Fiebre Reumática
21. Enfermedad de Addison
22. Enfermedad de Niemann-Pick
23. Enfermedad de los Legionarios
24. Enfermedad de Tay-Sachs
25. Enfermedad de Whipple
26. Necrosis Epidermal Tóxica
27. Síndrome de Shock Tóxico
28. Fiebre de las Montañas Rocallosas

5. FECHA DE EFECTIVIDAD

El seguro provisto por esta póliza será efectivo a la fecha que se firmo la solicitud, previsto que las personas elegibles que sean asegurables bajo la póliza, estén en buena salud y que el pago de la primera prima junto a la solicitud se reciban en la Compañía dentro de un período no mayor de diez (10) días a partir de dicha fecha. Si la solicitud y el pago de la primera prima se reciben después de este período, el seguro comenzará en la fecha de efectividad que aparece indicada en la Tabla de Beneficios de esta póliza.

Si la prima de esta póliza es pagadera mediante el método de descuento de nómina, esta póliza será efectiva cuando: (a) la solicitud haya sido aprobada por nosotros; (b) la primera prima haya sido pagada en su totalidad mientras usted está vivo y mientras su estado de salud sea como está indicado en su solicitud para esta póliza; (c) la póliza haya sido entregada a usted.

"Fecha de Efectividad": dondequiera que estas palabras sean usadas en esta póliza, significa Fecha Efectiva de la cubierta.

ESPECIMEN

6. HOSPITAL

Institución o entidad legalmente autorizada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, con facilidades establecidas para diagnóstico y tratamiento, ya sea en sus predios o en instalaciones a disposición del hospital mediante un acuerdo previo, y que esté supervisado por uno o más médicos con licencia vigente y debidamente expedida para ejercer su profesión y servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas al día, y no incluirá ninguna institución que esté principalmente dedicada y autorizada para operar como una casa de salud, hogar de descanso, enfermería, hogar de convalecencia, hogar para ancianos, o que sea principalmente una institución para el cuidado y tratamiento de adicciones a substancias, drogas, alcohol, o condiciones mentales o de los nervios.

7. MÉDICO

Es un médico cirujano quien está legalmente autorizado en la jurisdicción donde reside para diagnosticar y tratar las enfermedades y lesiones y proveer servicios de medicina y cirugía dentro de los límites de su licencia, que no sea el propio asegurado, ni algún familiar, ni pariente del mismo, hasta el 4to grado de consanguinidad o 3er grado de afinidad. Incluirá médicos autorizados al ejercicio de la medicina por las autoridades gubernamentales donde presten el servicio fuera de su país de residencia.

8. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Área específica especializada en Cuidado Intensivo para atender a pacientes con traumas o condiciones severas, independientemente localizada de la sala de Recuperación Quirúrgica, de la sala de Operaciones y de cualquier otra sala que se acostumbra usar en la reclusión del paciente. Además, la unidad debe contar con 24 horas ininterrumpidas de constante atención y supervisión de enfermeras especializadas y autorizadas en cuidado intensivo asignadas exclusivamente a esa unidad, y deberá contener equipos sofisticados para el tratamiento y recuperación del paciente. Esta unidad deberá estar bajo la supervisión o dirección profesional directa de un médico cualificado o un comité permanente de cuidado intensivo compuesto por el personal médico certificado. En el caso de no estar disponible el área específica de cuidado intensivo y el asegurado reciba los servicios relacionados en un área habilitada para este servicio, dichos gastos serán cubiertos (según especificado en la póliza), siempre y cuando se cumplan todos los demás requisitos aquí mencionados.

PARTE B. EXCEPCIONES Y LIMITACIONES

1. Este seguro no cubre pérdidas por accidente o enfermedad; excepto aquellas que resulten directamente de la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas, según se define en esta póliza.

2. Ninguna enfermedad o condición física que no esté específicamente excluida de la cubierta podrá ser considerada como que existía en la fecha de la efectividad de la cubierta, a menos que hubiera sido debidamente diagnosticada por un médico debidamente cualificado basado en su examen o tratamiento antes de la fecha de efectividad de la cubierta o el proceso para su diagnóstico se hubiere realizado durante el período de exclusión de noventa (90) días.

3. Cualquier enfermedad cuyos síntomas se hubieran manifestado durante los primeros noventa (90) días desde la fecha de efectividad de la póliza, estará excluida de indemnización o pago de beneficios.

PARTE C. BENEFICIOS

Si usted o cualquier dependiente elegible llega a ser diagnosticado con la enfermedad de Cáncer y enfermedades Específicas (según se define), mientras la póliza está en vigor, pagaremos los beneficios de acuerdo con la Parte D. Lista de Beneficios por los gastos incurridos a partir del primer día de hospitalización durante la cual se hace el primer diagnóstico positivo o diez (10) días después de la fecha de dicho primer diagnóstico positivo, lo que sea más favorable para usted. Si se hace un diagnóstico positivo de Cáncer o de enfermedad Específica, dentro de los doce (12) meses posteriores a un diagnóstico tentativo, se pagarán los beneficios luego de la fecha del diagnóstico tentativo, siempre y cuando éste se realice después de noventa (90) días de la Fecha de Efectividad de la póliza.

En ningún caso se pagará más de la cantidad máxima indicada en la Lista de Beneficios (Parte D) por gastos cubiertos por aquellos gastos en que incurra usted o un dependiente elegible durante su vida. El pago de tales beneficios máximos a usted o a un dependiente elegible no afectará los otros beneficios o servicios. Los beneficios especificados aquí están sujetos a todos los términos y condiciones de esta póliza.

Los beneficios bajo esta póliza deberán aplicar a las condiciones elegibles para la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas que se manifiesten por primera vez y se diagnostiquen no antes de noventa (90) días después de que esta póliza haya entrado en vigor y mientras usted o algún dependiente elegible estén cubiertos en esta póliza.

Ninguna (persona o asegurado) podrá tener más de una póliza o cubierta de seguro para el tratamiento de Cáncer o enfermedades Específicas, y otros beneficios adicionales opcionales emitidos por nuestra Compañía en, o en término similar. De estarlo, el seguro estará limitado a una de dichas pólizas elegida por el tenedor de la póliza, el beneficiario designado o la heredad del asegurado principal, según sea el caso. Ninguna persona podrá ser indemnizada por una pérdida en más de una póliza o cubierta de seguro emitida por nuestra Compañía. Nosotros devolveremos cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por duplicado.

PARTE D. LISTA DE BENEFICIOS

Según se provee, nosotros pagaremos beneficios por el tratamiento de la enfermedad de Cáncer y enfermedades Específicas, según definidas en esta póliza sujeto a la siguiente lista de beneficios. Las cantidades máximas de beneficios que aparecen a continuación se pagarán solamente una vez durante su vida donde aplique según sea especificado):

1. HOSPITAL – SIN LÍMITES DE DÍAS

Pagaremos hasta $300 por el primer día de hospitalización, hasta $200 por los siguientes nueve (9) días de hospitalización y hasta $150 diarios por cada día adicional de hospitalización (máximo 60 días), como indemnización por los cargos hechos por el hospital por habitación; servicios regulares por personal del hospital; servicios de

ESPECIMEN

enfermera, medicinas, pruebas de laboratorios; y uso de equipo, utilizados en el tratamiento de Cáncer y enfermedades Específicas.

Períodos sucesivos de hospitalización separados por treinta (30) días de intervalo o menos serán considerados como un (1) período de hospitalización y el pago será hecho sobre esta base. El asegurado

debe haber estado recluido en el hospital por 24 horas o más con reclusión autorizada y prescrita por un médico debidamente autorizado.

2. DROGAS Y MEDICINAS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Pagaremos los gastos incurridos por todas las drogas y medicinas prescritas para el tratamiento de Cáncer o alguna enfermedad Específica mientras el asegurado esté recluido en el hospital. Dichos gastos no excederán el 25% del total de los beneficios de "Hospital" bajo Parte D (1), arriba descrito.

3. CUBIERTA EXTENDIDA – SIN LÍMITE DE DÍAS

Si un asegurado ha estado recluido en un hospital como resultado de la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específica, según definidas bajo esta póliza, por un período ininterrumpido de sesenta (60) días consecutivos, la Compañía pagará por todos los gastos y cargos incurridos por habitación, medicinas, pruebas de laboratorio y equipo utilizado en el tratamiento de Cáncer o enfermedades Específicas, comenzando el día número sesenta y uno (61) de hospitalización y hasta que la hospitalización continua termine, sujeto a las siguientes condiciones:

a. Hasta $200 diarios - Máximo de $4,650 por mes.

b. Esta cubierta sustituye los beneficios de hospital, drogas y medicinas luego de un período ininterrumpido de hospitalización de sesenta (60) días consecutivos.

4. ENFERMERA PRIVADA

Pagaremos todos los gastos incurridos hasta $100 diarios por servicios de enfermera durante el período de hospitalización cuando sea autorizado y requerido por el médico durante el tratamiento de Cáncer y enfermedades Específicas hasta un máximo de 3 meses ó $3,000, lo que ocurra primero. Este beneficio será provisto cuando el asegurado necesite recibir el cuidado y la asistencia de enfermería a tiempo completo (además de los servicios de enfermería provistos por el hospital) por una enfermera privada, debidamente licenciada, o por una enfermera practicante autorizada, que no sea familiar ni pariente del paciente y que esté previamente autorizado y ordenado por el médico.

5. MÉDICO DE CABECERA – SIN LÍMITES DE DÍAS

Si como resultado de la enfermedad de Cáncer y enfermedades Específicas, usted necesita los servicios de un médico, que no sea el cirujano, nosotros pagaremos hasta un máximo de $100.00 diarios por las visitas del médico mientras esté hospitalizado. No se pagará por más de una visita por día, ni por visitas de cirujanos.

6. ANESTESIA – SIN LÍMITE [EN EL NÚMERO DE CIRUGIAS]

La Compañía pagará los honorarios profesionales de un Anestesiólogo, legalmente certificado y autorizado, el equivalente de hasta un 25% de los beneficios de cirugía por operación cuando los servicios de un anestesiólogo sean requeridos, excepto en el caso de operación de Cáncer de la Piel, en la cual los honorarios del anestesiólogo están limitados a $125 por operación.

7. RAYOS X, RADIO TERAPIA DE ISÓTOPOS RADIOACTIVOS Y QUIMIOTERAPIA – MÁXIMO $7,000 POR AÑO

Pagaremos los cargos usuales y acostumbrados por los gastos incurridos por usted para tratamiento de Rayos X, Radioterapia de Isótopos Radioactivos y Quimioterapia, aunque sean de carácter experimental. No estarán cubiertos procedimientos de diagnósticos o pruebas de laboratorio relacionadas con dicho tratamiento. La cantidad máxima a pagar para dicho tratamiento durante el año-póliza es de $7,000.

8. SANGRE Y PLASMA – SIN LÍMITE

La Compañía pagará los cargos usuales y acostumbrados para sangre y plasma. Nosotros no pagaremos por sangre reemplazada por donantes.

9. AMBULANCIA – SIN LÍMITE

Pagaremos el cargo usual y acostumbrado por los gastos incurridos por el servicio de una ambulancia acreditada para su transporte desde y hasta el hospital donde sea admitido para el tratamiento de Cáncer o enfermedad Específica.

10. TRANSPORTACIÓN – SIN LÍMITE [EN EL USO DE TRANSPORTACIÓN]

Pagaremos el cargo usual y acostumbrado por la transportación aérea (tarifa de clase económica) o terrestre al asegurado desde su hogar hasta el hospital más cercano en los Estados Unidos de Norte América (EE.UU.) para recibir un tratamiento especial o someterse a cirugía, prescrito por un médico y que no esté disponible en su país de residencia. Si no hay transportación pública disponible pagaremos $0.25 por milla cuando conduce su propio vehículo (ida y vuelta) a una distancia de más de 50 millas desde su hogar hasta dicho hospital.

11. TRANSPORTACIÓN AÉREA Y HOSPEDAJE - ACOMPAÑANTE

Pagaremos el cargo usual y acostumbrado por la transportación aérea (tarifa de clase económica) y el costo razonable de hospedaje para un adulto que acompañe al asegurado al hospital más cercano en los Estados Unidos de Norte América (EE.UU) para recibir un tratamiento especial o someterse a cirugía prescrito por un médico y que no esté disponible en su país residencia. La cantidad máxima a pagarse bajo este beneficio será $4,000.

12. CIRUGÍA – SIN LÍMITE [EN EL NÚMERO DE CIRUGIAS]

Pagaremos los gastos incurridos por usted que no excedan de la cantidad establecida junto al nombre de la operación en la Tabla de Cirugías cuando la operación para el Cáncer y enfermedades Específicas sea efectuada e incluya tratamiento post-operatorio. Cuando dos o más operaciones sean realizadas a la misma vez y a través de una misma incisión, será considerada como una (1) sola

ESPECIMEN

cirugía y se pagará la cantidad indicada en la Tabla de Cirugías para la operación que provea el beneficio mayor.

13. PRÓTESIS DEL SENO Y OTRAS PRÓTESIS

Prótesis del Seno - Pagaremos el cargo usual y acostumbrado para una prótesis del seno y otras prótesis, como resultado de Cáncer o una enfermedad Específica. Esto incluye la cirugía unilateral o bilateral para la prótesis. Se pagará, además, hasta un máximo de $1,500 por prótesis del seno adicionales, que el asegurado pueda requerir.

Tratamientos Estéticos - Pagaremos por el tratamiento estético a pacientes con cáncer de mama luego de obtenidos los tratamientos de quimioterapia o radiación. La cantidad máxima a pagar para dicho tratamiento es de $300.

Otras Prótesis - Pagaremos por el cargo usual y acostumbrado por una prótesis (no por prótesis del seno) que se implante quirúrgicamente o se requiera debido a una amputación hasta un máximo de $2,500. Además, pagaremos por prótesis no implantadas quirúrgicamente hasta un máximo de $250 por cada asegurado durante su vida. Dichas prótesis serán cubiertas únicamente como resultado de la enfermedad de cáncer o enfermedad específica mientras esta póliza está en vigor.

14. RECONSTRUCCIÓN DEL SENO

La Compañía pagará los cargos usuales y acostumbrados incurridos, hasta un máximo por vida de $2,000 para cubrir el procedimiento quirúrgico de reconstrucción del seno o de ambos senos. Esto incluirá los tratamientos estéticos relacionados con la reconstrucción del seno, hasta un máximo de $300 a pacientes con cáncer de mama, luego de obtenidos los tratamientos de quimioterapia o radiación. Cuando se presente una reclamación bajo este beneficio, nosotros no pagaremos por el beneficio de Prótesis del Seno.

15. GASTOS DE FUNERAL

Si un asegurado bajo esta póliza fallece como consecuencia de la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas, según definidas, mientras esta póliza está en vigor, nosotros pagaremos la cantidad inicial de $3,000, cuyo beneficio incrementara automáticamente $100 cada año-póliza hasta alcanzar un máximo de $4,000. Nosotros pagaremos el beneficio aplicable a la persona que presente evidencia documental satisfactoria de haber incurrido en los gastos de funeral del asegurado fallecido. Por evidencia satisfactoria se entenderá la factura original de la funeraria debidamente certificada y del cementerio (si aplica) mostrando evidencia de pago realizado por la persona que está presentando el reclamo del beneficio.

16. COMPENSACION POR PÉRDIDA DE INGRESOS

La Compañía pagará hasta $600 mensuales mientras el asegurado esté hospitalizado por la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas, según definidas en la póliza, hasta un período máximo de veinticuatro (24) meses consecutivos por cada reclusión hospitalaria, previsto que dicha incapacidad conlleve a la pérdida del salario, luego de agotados los días de licencia por enfermedad. La cantidad máxima a pagarse bajo este beneficio es de $14,400.

Si menos de sesenta (60) días de intervalo separan dos (2) períodos de reclusión hospitalaria, dicho segundo período será considerado como una continuación del período anterior de hospitalización. Para fines de este beneficio, un mes se considerará como un período de treinta (30) días.

Cuando el asegurado esté hospitalizado por menos de treinta (30) días, se pagará a prorrata siempre y cuando se cumplan con las condiciones aquí establecidas. El período máximo a pagarse durante la vida del asegurado será de veinticuatro (24) meses.

No se considerará que el asegurado haya sufrido pérdida de salario, siempre que tenga derecho a recibir o reciba salario o ingresos por concepto de vacaciones o licencia por enfermedad u otros beneficios similares.

17. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Si como resultado de la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas, el asegurado es recluido en una Unidad de Cuidado Intensivo, la Compañía pagará los cargos usuales y acostumbrados hasta un máximo de $300 diarios, por un periodo no máximo de veinte (20) días de reclusión en Unidad de Cuidado Intensivo, por cada admisión en el hospital. Mientras esté recluido en una Unidad de Cuidado Intensivo, nosotros no pagaremos por los beneficios de hospital, drogas y medicinas y servicios de enfermera.

HOSPITALIZACION EN UN HOSPITAL DEL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA (EE.UU.) O UN HOSPITAL PÚBLICO

Cuando la razón principal para dicha hospitalización sea para el tratamiento definitivo de Cáncer y enfermedades Específicas, pagaremos de acuerdo a la Lista de Beneficios establecida en esta póliza. No se reducen beneficios.

18. HOGAR DE CONVALECENCIA

La Compañía pagará sujeto a la cantidad diaria que se indica a continuación, el beneficio por convalecencia, como resultado de la enfermedad de Cáncer y enfermedades Especificas, solamente en una institución o entidad debidamente reconocida y autorizada para operar como Hogar de Convalecencia dedicada al cuidado y tratamiento de personas con problemas de salud, siempre que tal convalecencia haya sido ordenada por el médico que tuvo a su cargo la hospitalización que precedió a la convalecencia, limitado a un (1) período similar al que estuvo hospitalizado, o treinta (30) días, el que sea menor.

Primeros 10 días…….. $100.00 diarios
11 día o más …..…… $45.00 diarios

19. PRIMER (1ER) DIAGNÓSTICO POSITIVO DE CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

ESPECIMEN

La Compañía pagará el cargo usual y acostumbrado por Biopsias, Tomografías Computadorizadas, Rayos X, y otras pruebas, recomendadas por un médico autorizado y que sean necesarias para un primer diagnóstico positivo de la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas, hasta un máximo de $1,300. El beneficio se pagará sólo una vez durante la vida de cada persona cubierta bajo esta póliza.

SEGUNDO (2DO) DIAGNOSTICO. La Compañía pagará el cargo usual y acostumbrado hasta un máximo de $250 por un segundo (2do) diagnóstico de Cáncer (incluyendo metástasis) y enfermedades Específicas. Este beneficio se pagará sólo una (1) vez durante la vida de cada persona cubierta bajo esta póliza.

20. CÁNCER DE LA PIEL

Se pagarán los cargos usuales y acostumbrados hasta un máximo de $200 por la resección quirúrgica de cáncer de la piel, sin límite en el número de extirpaciones.

21. TABLA DE CIRUGIAS (OPERATIONS)

	Cantidad Máxima
ABDOMEN	
Resección completa del Estómago	$ 850.00
Resección parcial del Estómago	650.00
Resección del Intestino Delgado	900.00
Resección del Colon Ascendente o Transverso	600.00
Resección Combinada Abdominoperineal por cáncer del Recto o Sigmoides	1,000.00
Colostomía o Ileostomía	1,000.00
Resección del Esófago	1,150.00
Gastrostomía en relación con el Esófago	800.00
Esplenectomía	900.00
Cistectomía completa con trasplante de Uréter	1,000.00
Escisión simple de la Vejiga Urinaria	400.00
AMPUTACIONES	
Muslo	550.00
Brazo, Antebrazo, Mano Entera, Pierna o Pie entero	600.00
Dedos, cada uno (pie y mano)	170.00
CEREBRO	
Craneotomía (Resección completa de Cáncer del Cerebro)	1,000.00
GLÁNDULAS MAMARIAS (MAMAS)	
Amputación de un Seno	500.00
Amputación de ambos Senos	900.00
PECHO	
Lobectomía Completa	1,000.00
Escisión intracardiaca – Tumor con "bypass"	2,000.00
ESPINAL	
Resección quirúrgica de Vértebra o Vértebras	850.00
GENITALES EXTERNOS	
Mujer	
Escisión completa para remover vulva o vagina con resección de nódulos linfáticos regionales	600.00
Cauterización del Cérvix	200.00
Hombre	
Cáncer del Pene, resección completa de nódulos linfáticos regionales	900.00
Orquiectomía-i.e. Resección de Testículos	500.00
OJO	
Enucleación con resección completa	300.00
SISTEMA GENITO-URINARIO	
Resección del Riñón	850.00
Resección completa o especial de Próstata	1,150.00
Resección del Útero, Tubos y Ovarios	750.00
CUELLO	
Resección completa de Glándulas del cuello	750.00
RECTO	
Noctectomía	1,000.00
PIEL	
Resección quirúrgica de la piel de:	
Labios	350.00
Oídos	500.00
Nariz	300.00
Boca, Lengua, Amígdalas, Membrana mucosa de la Boca	450.00
GARGANTA	
Escisión de Laringe	800.00
Tiroidectomía (sub-total)	400.00
Tiroidectomía (total)	800.00

Si alguna operación para el tratamiento del Cáncer o enfermedades Específicas se efectúa, y no está incluida en la Tabla de Cirugías de la póliza, nosotros pagaremos una cantidad que no exceda de los cargos usuales y acostumbrados en el área geográfica donde se efectúe dicha operación, tomando en consideración la cantidad especificada para un procedimiento similar y comparable que esté incluido en la Tabla de Cirugías; pero bajo ninguna circunstancia dicho pago excederá de $6,000.

22. PRUEBAS DE PREVENCIÓN

La Compañía pagará al asegurado principal, después del periodo aplicable de los primeros doce (12) meses desde la fecha de efectividad de la póliza, hasta $50 por año-póliza para cubrir gastos incurridos en Mamogramas, pruebas de Papanicolaou (Pap test), prueba PSA (Antígeno Prostático Específico), prueba para detectar Sangre oculta en las Heces, Colonoscopía, y prueba de niveles de CA125 (detección de Cáncer del Ovario).

23. TERAPIA EXPERIMENTAL

La Compañía pagará por los gastos usuales y acostumbrados incurridos por el tratamiento clasificado bajo la metodología de Terapia Experimental, hasta un máximo de $5,000 por año-póliza. La terapia experimental será cubierta sólo como alternativa a los tratamientos tradicionales de radioterapia, quimioterapia, cobalto, radio o isótopos radioactivos, y tiene que haber sido requerida y

ESPECIMEN

autorizada por el médico a cargo del tratamiento de cáncer o enfermedades específicas.

La terapia experimental debe estar aprobada por la Institución Nacional de Cáncer y la Administración Federal de Drogas y Narcóticos y debe ser administrada por un médico, según definido. No se pagarán tratamientos mediante el uso de radioterapia, quimioterapia, cobalto, radioisótopos radioactivos mientras el asegurado esté recibiendo tratamiento con terapia experimental.

24. MEDICINA ALTERNATIVA: YOGA-TERAPIA, TERAPIA DEL DOLOR Y ACUPUNTURA

La Compañía reembolsará al asegurado hasta $100 mensuales cuando presente evidencia documental de haber recibido servicios de yoga-terapia, terapia psicológica o de dolor como parte del tratamiento de cáncer y enfermedades especificas.
El yoga-terapia debe ser ofrecido por un maestro de yoga certificado para ofrecer terapias dirigidas a pacientes con cáncer. La terapia del dolor debe ser administrada en un centro especializado en terapia para manejo del dolor o por un médico cuya práctica incluya experiencia en terapias para el manejo del dolor. La acupuntura deberá ser ofrecida por un especialista certificado. El beneficio máximo anual es de $1,200.

25. SEGUNDA (2DA) Y TERCERA (3RA) OPINIÓN – CIRUGÍA

La Compañía pagará una indemnización máxima de:

a) $100 por segunda opinión médica con relación a una intervención quirúrgica respecto al Cáncer diagnosticado (excepto en Cáncer de la Piel) y enfermedades Específicas.

b) $150 por una tercera opinión médica en relación a la intervención quirúrgica relacionada a la segunda opinión médica con respecto al Cáncer diagnosticado (excepto en Cáncer de la Piel) y enfermedades Específicas.

Para recibir este beneficio, el asegurado deberá presentar evidencia formal de la primera (1ra) opinión médica. Las opiniones médicas subsiguientes relacionadas al Cáncer diagnosticado (excepto en Cáncer de la Piel) y enfermedades Específicas deberán ser provistas por médicos diferentes.

Bajo este beneficio, todas las opiniones médicas relacionadas a la intervención quirúrgica deben ser confirmadas por médicos que no estén relacionados en ninguna manera con el asegurado (paciente), ni con el médico que originalmente prescribió el procedimiento cubierto.

26. CÁNCER TERMINAL - HOSPICIO EN EL HOGAR

La Compañía pagará hasta un máximo de $2,000 cuando el médico que esté a cargo del tratamiento por Cáncer o enfermedades Específicas certifique que la expectativa de vida del asegurado es de seis (6) meses o menos, y haya ordenado hospicio en el hogar después de una hospitalización.

Primeros 60 días..... $ 30.00 diarios
Día 61 hasta 180 días..... $ 25.00 diarios

PARTE E. DISPOSICIONES PARA DEPENDIENTES

1. DEPENDIENTES ELEGIBLES

Los dependientes elegibles que cualifican para cubierta bajo esta póliza son: su cónyuge y todos los hijos de ambos o de uno sólo de los cónyuges, que sean dependientes de usted según se define en la Parte A. (4) de esta póliza. Cualquier dependiente elegible que no fuese incluido en la solicitud original para esta póliza en la fecha de emisión de la misma, podrá ser incluido posteriormente mediante una solicitud escrita del asegurado principal solicitando cobertura a la Compañía, la cual estará sujeta a nuestra consideración y aprobación, y al pago de cualquier prima adicional.

2. HIJOS RECIÉN NACIDOS

Cualquier hijo suyo, natural o por adopción legal, mientras esta póliza este en vigor y mientras haya por lo menos un dependiente elegible incluido bajo la misma, será automáticamente incluido bajo la póliza desde la fecha de nacimiento o de la adopción legal, previsto que el asegurado solicite por escrito a la Compañía cobertura bajo la póliza. La cubierta incluirá el tratamiento y cuidado necesario para defectos y anormalidades congénitas, aborto o nacimiento prematuro causado por la enfermedad de Cáncer o enfermedades Específicas, hasta el punto que dicha cubierta se provea bajo esta póliza.

3. TERMINACIÓN DEL SEGURO – HIJOS E HIJASTROS DEPENDIENTES

La cubierta de cada hijo e hijastro dependiente del asegurado cesará en el último día del mes en el cual el hijo o hijastro haya cumplido veintiún (21) años de edad, a menos que sea un estudiante a tiempo completo en una escuela, universidad o colegio reconocido, en cuyo caso la cubierta para dicho dependiente continuará hasta el último día del mes después de su vigésimo tercer (23) cumpleaños, siempre y cuando la terminación de esta póliza por nosotros será sin detrimento de derechos a cualquier pérdida que haya comenzado mientras la póliza se encontraba en vigor. Cualquier prima pagada por usted durante cualquier período donde la cubierta provista quede sin efecto, continuará en vigor la cubierta provista hasta el final del período por el cual la prima fue aceptada.

Si en la fecha de expiración de la póliza, algún hijo o hijastro dependiente se encuentra totalmente incapacitado para mantener un empleo para su sustento debido a incapacidad mental o defecto físico y es completamente dependiente del asegurado principal, en dicho caso la cubierta continuará mientras la póliza esté en vigor, persista la incapacidad y la prima haya sido pagada. Evidencia documental de la incapacidad se considera una Certificación escrita y refrendada por un médico (según definido), la cual deberá ser sometida a nuestra Oficina Administrativa dentro de los treintaiún (31) días a partir de la fecha de expiración.

4. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

En caso de que un hijo dependiente o el cónyuge del asegurado solicite una nueva póliza no más tarde de treintaiún (31) días después de la fecha en que termina su cubierta, según se estipula en la Parte E (3), y pague la prima requerida para la misma, se expedirá una nueva póliza sin tener que presentar prueba de asegurabilidad sin tener que presentar prueba de asegurabilidad del tipo de póliza que provea cubierta contra la enfermedad y el tratamiento de Cáncer y enfermedades Específicas, que esté en vigor en ese momento para propósitos de conversión, con la misma exclusión por condiciones que aplican a dicho asegurado, si alguna, según se incluye en esta póliza; con una fecha de póliza corriente; con la prima determinada en base de la misma clasificación de prima de esta póliza y a las

ESPECIMEN

tarifas publicadas para la edad alcanzada de dicho asegurado en la fecha de la solicitud para la nueva póliza; con beneficios pagaderos, si alguno, descontándose cualesquiera beneficios pagaderos por el mismo Cáncer o enfermedades Específicas en esta póliza; y con cualquier período de espera aplicable para la primera vez que se manifiesta la enfermedad y cualquier disposición de "Límite de Tiempo para Ciertas Defensas" que comiencen a partir de la fecha de vigencia de la cubierta de dicho asegurado en esta póliza.

5. CONTINUACIÓN DE LA POLIZA

En caso de que ocurra la muerte del asegurado principal mientras su cónyuge esté cubierto como dependiente bajo esta póliza, nosotros acordamos de ahí en adelante renovar esta póliza en cada término, con su cónyuge nombrado como nuevo asegurado principal, siempre y cuando dicho cónyuge pague la prima requerida antes de la terminación del período de gracia.

PARTE F. DISPOSICIONES DE RENOVACIÓN

[SUJETAS A CAMBIOS DE PRIMA - GARANTÍA DE RENOVACIÓN DURANTE TODA LA VIDA. NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE AJUSTAR LA PRIMA POR CLASIFICACIÓN].

Usted se reserva el derecho de continuar con esta póliza por términos sucesivos mediante pago puntual de las primas de renovación de acuerdo al modo de pago seleccionado, a la tarifa de prima en efecto en la fecha de cada renovación. Nos reservamos el derecho de modificar en cualquier momento, y de tiempo en tiempo, la Tabla de las Tarifas de primas que se vencen después de la primera.

Por lo tanto, la tarifa de cada prima de renovación será determinada según nuestras Tablas de Tarifas aplicable en la fecha de renovación, de acuerdo a su clasificación y en conformidad con la cubierta en vigor a dicha fecha de renovación y deberá aplicar a todas las pólizas que se emitan o se hayan emitido bajo este modelo de póliza. Nos reservamos el derecho de ajustar la prima por clasificación.

Ningún cambio en las primas de esta póliza por razones de cambio en las Tablas de las Tarifas será efectivo, a menos que con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad le hayamos enviado por correo, a su última dirección conocida, notificación por escrito de tal cambio. Mientras esta póliza esté en vigor, nosotros no tendremos el derecho de cancelar o rehusar la renovación de la misma o de añadir aditamentos restrictivos después de su emisión original durante el período en que la póliza se encuentre en vigor.

PARTE G. DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA

1. CAMBIOS AL CONTRATO

Esta póliza, junto con copia de la solicitud de seguro, endosos y documentos incluidos, si alguno, constituyen el Contrato Legal Integro entre la Compañía y el Asegurado. Ningún cambio será válido, a menos que sea aprobado por un Oficial Ejecutivo autorizado de la Compañía y a menos que tal cambio sea por escrito, endosado o incluido y expresamente hecho formar parte de la póliza. Ningún representante tiene la autoridad para efectuar cambios o eximir del cumplimiento de las disposiciones de esta póliza. Es responsabilidad del asegurado examinar el texto de la póliza.

2. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD

Ni usted, ni ningún dependiente elegible suyo estará legalmente obligado por cualquier declaración hecha en la solicitud para esta póliza, a menos que una copia de esta solicitud esté incluida en la póliza cuando la misma fuera emitida, o a menos que nosotros suministremos una copia de dicha solicitud al momento de hacer cualquier denegación de responsabilidad o reducción en los beneficios basados en la misma.

3. LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS

Después de esta póliza estar en vigor por un término de tres (3) años durante la vida de cada persona asegurada, ninguna declaración falsa ni ocultación de información realizada o presentada en la solicitud podrá ser utilizada por la Compañía como defensa para anular la póliza o denegar una reclamación por pérdida (según se define aquí) que comience después de dicho período, excepto en caso de fraude.

Ninguna reclamación de una persona cubierta, después de su seguro estar en vigor durante tres (3) años, será reducida o denegada sobre la base de que una enfermedad o condición física no excluida de la cubierta (por nombre o descripción específica efectiva en la fecha de la pérdida) hubiera existido sin diagnóstico con anterioridad a la fecha de efectividad; excepto que la declaración falsa u ocultación de información: (1) sea fraudulenta, o (2) que sean materiales, bien para la aceptación del riesgo, o para el peligro asumido por el asegurador, o (3) el asegurador de buena fe no hubiera expedido la póliza o no hubiera provisto cubierta con respecto al riesgo resultante en la pérdida, de habérsele puesto en conocimiento de los hechos verdaderos, como se requería en la solicitud para la póliza o de otro modo.

Cuando el solicitante incurra en cualquiera de los actos enumerados en los incisos (1), (2) y (3) de esta sección se impedirá el cobro solamente cuando el acto u omisión de que se trate hubiere contribuido a la pérdida objeto de la reclamación.

4. PERÍODO DE GRACIA

Se otorgará un Período de Gracia de treintaiún (31) días para el pago de cada prima desde su fecha de vencimiento y durante este período la póliza continuará en vigor.

5. REINSTALACIÓN

Si no se paga alguna prima durante el Período de Gracia, una aceptación subsiguiente de la prima por la Compañía o por algún Representante debidamente autorizado por nosotros para aceptar dicha prima, sin el requerimiento de una solicitud de reinstalación, reinstalará la póliza; disponiéndose, sin embargo, que si nosotros o su representante autorizado exigimos una solicitud de reinstalación y emitimos un recibo condicional a cambio de la prima, se reinstalará la póliza cuando aprobemos la solicitud, o si no hay aprobación, al cumplirse los cuarenta y cinco (45) días del recibo condicional, a menos que le hayamos notificado previamente por escrito de la denegación de la solicitud.

La póliza reinstalada cubrirá solamente pérdidas por la enfermedad de Cáncer y enfermedades Específicas que se manifiesten a partir del décimo (10) día desde la fecha de aprobación de la reinstalación o la reinstalación sin aprobación. En todos los otros aspectos, usted tendrá los mismos derechos que existían antes de la fecha de vencimiento de la prima no pagada sujeta a cualquier disposición endosada o adherida a la póliza como resultado de tal reinstalación.

ESPECIMEN

No se concederá ningún privilegio de reinstalación si la fecha de reinstalación es posterior a la fecha en que normalmente habría terminado la cubierta de cualquier asegurado que solicite la reinstalación.

Cualquier prima que se acepte en relación con una reinstalación deberá aplicarse a un período por el cual no se haya pagado prima previamente. Nos reservamos el derecho de solicitar evidencia de asegurabilidad adicional antes de proceder a reinstalar su cubierta. Todas las primas en atraso deben pagarse antes de que la póliza pueda ser reinstalada.

6. NOTIFICACION DE RECLAMACIÓN

Una notificación por escrito tendrá que ser enviada a la Compañía dentro de los noventa (90) días después de haber ocurrido una pérdida cubierta por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible, pero nunca más tarde de doce (12) meses a partir de la fecha en que comience u ocurra la pérdida.
Cualquier reclamación hecha por usted, o en su nombre, a nosotros directamente a nuestra Oficina Administrativa, o su representante autorizado con información suficiente, serán aceptados por nosotros.

Deberá proveerse prueba documental para evidenciar el derecho a recibir un beneficio de la póliza tan pronto como sea posible y, en ningún caso, excepto por incapacidad legal, más tarde de un (1) año desde el tiempo en que la prueba es requerida. Transcurrido un (1) año y noventa (90) días desde la ocurrencia de la pérdida, caduca su derecho a reclamar y ser indemnizado.

7. FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN

Nosotros, tan pronto recibamos notificación escrita de una reclamación, suministraremos al reclamante los formularios necesarios para remitir las pruebas de dicha reclamación. Si nosotros no suministramos dichos formularios al reclamante dentro de un término de treinta (30) días luego de la Compañía haber recibido la notificación de reclamación, se considerará que el reclamante ha cumplido con su obligación de haber suplido la evidencia por escrito sobre las pérdidas sufridas.

8. TIEMPO PARA EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES

Los beneficios contratados bajo esta póliza serán pagados al recibo en la Compañía de toda la prueba fehaciente requerida para evidenciar dicha pérdida.

9. PAGO DE RECLAMACIONES

Todos los beneficios pagaderos bajo esta póliza serán pagados directamente al asegurado primario mencionado en la Tabla de Beneficios de la póliza. Cualquier beneficio acumulado no pagado a la fecha de la muerte del asegurado se pagará al asegurado principal a no ser que el asegurado que fallece sea el asegurado principal, en cuyo caso se pagará al beneficiario designado.

Si cualquier pago de beneficio provisto en la póliza fuese pagadero a una persona menor de edad o que de otro modo carezca de la capacidad legal para exonerar válidamente de toda responsabilidad a la Compañía, nosotros pagaremos por dicho beneficio hasta una cantidad máxima que no exceda de $1,000 (Mil) a cualquier familiar relacionado por consanguinidad o afinidad del asegurado principal a quien la Compañía considere con derecho en equidad a recibir tal beneficio. En caso de exceder esta cantidad, tal pago será referido o consignado a una corte. Cualquier pago efectuado por la Compañía de buena fe, deberá relevar a la misma de cualquier responsabilidad.

10. EXÁMENES FÍSICOS, AUTOPSIA O NECROPSIA

Nosotros, asumiendo los gastos necesarios, tendremos el derecho y oportunidad de examinar a cualquier persona asegurada bajo esta póliza, cuando y tan frecuente como entendamos necesario durante el tiempo en que una reclamación esté pendiente, o de tiempo en tiempo según el criterio de la Compañía.

Si el asegurado fallece mientras la póliza está en vigor, nosotros nos reservamos el derecho y la oportunidad de examinar el cuerpo del fallecido y practicar una autopsia o necropsia, mientras que no sea prohibido por ley en la jurisdicción correspondiente.

Si el asegurado fallece en un accidente durante el Periodo de Contestabilidad, y el cuerpo es incinerado sin haberle realizado una autopsia o necropsia, que incluya los resultados de las pruebas de alcohol y toxicología, nuestra única responsabilidad se limitará a la devolución de todas las primas pagadas, sin intereses.

11. ACCIONES LEGALES

Ninguna acción de ley o en equidad para cobrar beneficios bajo esta póliza podrá ser entablada durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha en que la evidencia documental de la reclamación haya sido sometida a la Compañía. Ninguna acción legal podrá ser entablada después de haber pasado tres (3) años desde la fecha en que la evidencia escrita de pérdida es requerida por esta póliza.

12. CAMBIO DE BENEFICIARIO

A menos que usted haga una designación irrevocable de un beneficiario, usted se reserva el derecho de cambiar de beneficiario de tiempo en tiempo. El consentimiento del beneficiario o beneficiarios no será requisito indispensable para rescatar o ceder esta póliza, o para cualquier cambio de beneficiario o beneficiarios, o cualquier otro cambio(s) en la póliza.

PARTE H. DISPOSICIONES ADICIONALES

1. TÉRMINO DE CUBIERTA

El término inicial de esta póliza comienza en la fecha de efectividad desde las 12:01 a.m. y termina a las 12:01 a.m. en la fecha de la primera renovación.

Cada vez que esta póliza sea renovada por el pago de la prima de renovación antes de la expiración del período de gracia aquí provisto, el término de renovación comienza a la misma hora en que el término anterior finaliza, y finaliza a las 12:01 a.m. de la fecha en que la próxima renovación comienza.

2. CONTINUACIÓN DE CUBIERTA BAJO BENEFICIOS ADICIONALES [PARA LOS DEPENDIENTES ELEGIBLES APLICABLES]

Si la cubierta de cualquier beneficio adicional opcional termina al alcanzar el asegurado principal la edad máxima para la cobertura (madurez), nosotros acordamos de ahí en adelante continuar la

ESPECIMEN

cobertura bajo dicho beneficio para todos los dependientes elegibles aplicables del asegurado principal.

Esto sólo será válido para aquellos dependientes elegibles aplicables que aparezcan en la póliza, según la cubierta seleccionada y podría conllevar un cambio en las primas a ser pagadas para cada beneficio adicional opcional de acuerdo a la categoría seleccionada: "Individual + Cónyuge" o "Familiar".

3. CESIÓN

Ninguna cesión de interés bajo esta póliza obligará a la Compañía, a menos o hasta que tal cesión sea recibida en la Oficina Administrativa original o duplicado. La Compañía no asumirá responsabilidad alguna por la validez de ninguna cesión.

4. PRIMA NO PAGADA

Tan pronto se apruebe el pago de una reclamación bajo esta póliza, cualquier prima vencida y al descubierto podrá deducirse de dicho pago.

5. ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

El Acuse de Recibo por nosotros de un recibo de notificación de una reclamación bajo esta póliza o el suministro de los formularios para someter pruebas documentales de pérdida, o la aceptación de dichas pruebas, o la investigación de cualquier reclamación no operará como renuncia a ninguno de nuestros derechos en defensa de cualquier reclamación que surja bajo esta póliza.

6. ERROR DE LA OFICINA

Un error nuestro de oficina no invalidará seguro alguno que de otra manera estuviese en vigor, ni continuará seguro alguno que de otra manera no estuviese válidamente en vigor.

7. ARBITRAJE COMERICAL INTERNACIONAL

El asegurado y el dueño de la póliza (si es diferente), beneficiarios, herederos y cualquier otra persona o entidad interesada o afectada, acuerda que el arbitraje será el foro único para la resolución de cualquier disputa o reclamo que tenga que ver directa o indirectamente, o que surjan con esta solicitud. Cualquier arbitraje tendrá su sede en el Condado de Miami-Dade, Florida, EE.UU. (Estados Unidos de Norte América) utilizando las reglas para arbitraje internacional del "Centro Internacional de Resolución de Disputas" (ICDR) de la "Asociación Americana de Arbitraje" (AAA).

El panel de arbitraje deberá consistir de un (1) árbitro escogido por el CIRD. El árbitro deberá contar al menos con cinco (5) años de experiencia en materia de seguros de vida y salud internacional y ser fluente en el idioma español. El arbitraje será dirigido en el idioma Español, y deberá estar sujeto a la Convención sobre el Reconocimiento y la Ejecución de Sentencias Arbitrales Extranjeras y no la Convención Interamericana en Arbitraje Comercial Internacional.

A parte de los reclamos radicados, por beneficiario(s), cesionario(s), y/o miembro(s) familiar(es) y/o cualquier otra persona o entidad interesada o afectada, no habrá acumulación o consolidación de procesos de arbitraje. Esta clausula requiere una escritura amplia y fácil de comprender, que cubra cualquier tipo de causas de acción, incluyendo causas de acción basadas en la constitución, leyes, reglamentos y pruebas. La vigencia de esta clausula deberá ser indefinida y deberá sobrevivir la terminación de cualquier relación jurídica entre las partes.

8. PAIS DE RESIDENCIA

Es el país donde el asegurado reside por más de ciento ochenta (180) días durante cualquier periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días consecutivos mientras esta póliza esté en vigor. Si el asegurado se hace residente de los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU) en forma continua por más de (180) días durante cualquier periodo de 365 días, la póliza terminará automáticamente.

El asegurado es responsable de notificar por escrito a la Compañía de cualquier cambio de país de residencia dentro de los próximos treinta (30) días del cambio. La falta de cumplimiento de esta notificación puede resultar en la cancelación de la póliza.

El país de residencia no podrá ser los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU), ni países sujetos a restricciones o sanciones, económicas o políticas, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de Norte América; excepto Samoa Americana.

Emitido por

REDBRIDGE INSURANCE COMPANY

Greg Morrison
Presidente y Primer Oficinal Ejecutivo

ESPECIMEN