



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

POLIZA

OneCare Plus

Para el Tratamiento de la Enfermedad de Cáncer
y otros Beneficios Opcionales Adicionales

Diseñada para:

MINSNAME

La persona cuyo nombre aparece en esta página, así como en la Tabla de Beneficios de esta póliza, (y sus dependientes elegibles, siempre que estén 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 primas 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 Principal Oficial Ejecutivo

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

Dependientes Elegibles: 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 esta 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 original para este seguro), y acuerda pagar los beneficios especificados en la póliza, sujeto a las disposiciones generales de la póliza, contra cualquier pérdida resultante de la enfermedad de Cáncer 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, cualquier información incorrecta o incompleta que encuentre o sobre cualquier historial médico que no se haya informado en la solicitud. La solicitud forma parte integral del contrato de la póliza, y el mismo ha sido emitido 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 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.

**POLIZA DE CANCER
POLIZA DE BENEFICIOS LIMITADOS**

ESPECIMEN

PARTE A. DEFINICIONES

1. ASEGURADO

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

- a) **INDIVIDUAL:** La palabra “asegurado” significa solamente la persona mencionada como “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 de la póliza.
- c) **FAMILIAR:** La palabra “Asegurado” incluye al asegurado principal, su cónyuge 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 debidamente aprobada, 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 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. FECHA DE EFECTIVIDAD

El seguro provisto por esta póliza es efectivo a la fecha de la firma de la solicitud para ésta, provisto que las personas elegibles que sean asegurables bajo la póliza, estén en buena salud y que la primera prima pagada mediante cheque a la firma de la solicitud y 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 provisto, 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 su estado de salud permanezca como está indicado en su solicitud de seguro 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.

5. 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 sustancias, drogas, alcohol, o condiciones mentales o de los nervios.

6. MÉDICO

Es un médico cirujano quien esté 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 o 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.

7. 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 especializada que se acostumbra usar en la reclusión del paciente. Además, esta 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 se extiende ni cubre pérdida por accidente o enfermedad; excepto aquellas que resulten directamente de la enfermedad de Cáncer 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 de Cáncer cuyos síntomas se hubieran manifestado durante los primeros noventa (90) días de 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 padecer de la enfermedad de Cáncer (según se define), mientras la póliza está en vigor, pagaremos los beneficios de acuerdo con la Parte D. Lista de Beneficios por los gastos en que incurrió a partir del primer día de hospitalización durante el cual se hace el primer diagnóstico positivo o diez (10) días antes de la fecha de dicho primer diagnóstico positivo, lo que sea más favorable para usted. Si se hace un diagnóstico positivo de Cáncer 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 no afectará los otros beneficios o servicios. Los beneficios descritos a continuación están sujetos a todos los términos y condiciones de la póliza.

Los beneficios bajo esta póliza deberán aplicar en aquellas condiciones elegibles para la enfermedad de Cáncer y otros beneficios

adicionales opcionales que se manifiesten por primera vez y se diagnostiquen nunca antes de los 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 (asegurado o dependiente) podrá tener más de una póliza o cubierta de seguro, para el tratamiento de Cáncer y otros beneficios adicionales opcionales emitidos por nuestra Compañía en, o durante un periodo 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 Cáncer según definido en esta póliza sujeto a la siguiente Lista de Beneficios (Parte D). Las cantidades máximas de beneficios que se describen a continuación se pagarán solamente una vez durante su vida, donde aplique, según especificado:

1. HOSPITAL – SIN LÍMITES DE DÍAS

Pagaremos hasta \$275 por el primer día de hospitalización, hasta \$175 por los siguientes nueve (9) días de hospitalización y hasta \$125 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 enfermera, medicinas, pruebas de laboratorios; y uso de equipo, utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Cáncer.

Períodos sucesivos de hospitalización separados por treinta (30) días o menos de intervalo 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 la enfermedad de Cáncer mientras el asegurado este hospitalizado. Dichos gastos no excederán el 20% del total del beneficio de "Hospital" bajo Parte D (1), arriba descrito.

3. ENFERMERA PRIVADA

Pagaremos todos los gastos incurridos hasta \$75 diarios por servicios de enfermera durante el período de hospitalización cuando sea requerido y autorizado por un médico durante el tratamiento de la enfermedad de Cáncer hasta un máximo de 3 meses o \$3,000, lo que ocurra primero. Este beneficio será provisto cuando el asegurado necesite recibir el cuidado y la atención 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 asegurado, y que haya sido previamente ordenado por el médico.

4. MÉDICO DE CABECERA – SIN LÍMITES DE DÍAS

Si como resultado de la enfermedad de Cáncer usted necesita los servicios de un médico, que no sea el cirujano, nosotros pagaremos hasta un máximo de \$75 diarios por las visitas del médico mientras esté hospitalizado. No se pagará por más de una visita por día, ni por visitas de cirujanos.

5. ANESTESIA – SIN LÍMITE [EN EL NÚMERO DE CIRUGÍAS]

La Compañía pagará los honorarios profesionales de un Anestesiólogo legalmente certificado y autorizado, el equivalente de hasta un 20% de los beneficios de “Cirugía” por cada operación y sólo cuando los servicios de un anestesiólogo sean requeridos, excepto por la resección quirúrgica de Cáncer de la Piel, en la cual los honorarios del anestesiólogo están limitados a \$175 por operación.

6. RAYOS X, RADIO TERAPIA DE ISÓTOPOS RADIOACTIVOS Y QUIMIOTERAPIA – MÁXIMO \$4,500 POR AÑO

Pagaremos los cargos usuales y acostumbrados por los gastos incurridos 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 \$6,000.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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 tratamiento especial o someterse a cirugía de Cáncer, prescrito por un médico y que no esté disponible en su país de residencia. La cantidad máxima a pagarse bajo este beneficio será de \$3,500.

11. CIRUGÍA – SIN LÍMITE [EN EL NÚMERO DE CIRUGÍAS]

Pagaremos hasta el beneficio máximo establecido junto al nombre de la operación en la Tabla de Cirugías cuando la cirugía para el Cáncer sea realizada e incluya tratamiento post-operatorio. Cuando al asegurado se le realizan dos o más cirugías a la vez a través de una misma incisión, será considerada como una sola (1) operación y se pagará la cantidad indicada en la Tabla de Cirugías para la operación que provea el beneficio mayor. La cantidad máxima a pagarse bajo este beneficio es de \$5,500 por cirugía.

12. PRÓTESIS DEL SENO

Prótesis del Seno - Pagaremos el cargo usual y acostumbrado para una prótesis del seno y otras prótesis, como resultado de la enfermedad de cáncer. Esto incluye la cirugía unilateral o bilateral para la prótesis. Se pagará, además, hasta un máximo de \$1,250 por prótesis del seno adicionales que el asegurado pueda requerir.

13. GASTOS DE FUNERAL

Si un asegurado bajo esta póliza fallece como resultado de la enfermedad de Cáncer, según definido, y mientras esta póliza está en vigor, pagaremos el beneficio inicial de \$2,500 cuyo beneficio incrementa automáticamente \$100 por año-póliza hasta un máximo de \$3,000. 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 documental satisfactoria se entenderá la factura original de la funeraria debidamente certificada y del cementerio (si aplica) mostrando evidencia del pago realizado por la persona que está presentando el reclamo del beneficio.

14. COMPENSACION POR PÉRDIDA DE INGRESOS

La Compañía pagará hasta \$500 mensuales mientras el asegurado esté hospitalizado por la enfermedad Cáncer según definido en la póliza, hasta un período máximo de doce (12) meses consecutivos por cada reclusión hospitalaria, provisto que dicha incapacidad conlleve la pérdida de salario, luego de agotados los días de licencia por enfermedad. La cantidad máxima a pagarse bajo este beneficio es de \$12,000.

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, el pago del beneficio será en base prorrateada siempre y cuando se cumplan con las condiciones aquí establecidas. El período máximo a pagarse durante la vida del asegurado es de veinte y cuatro (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.

15. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Si como resultado de la enfermedad de Cáncer, el asegurado es recluido en una Unidad de Cuidado Intensivo, nosotros pagaremos los cargos usuales y acostumbrados hasta un máximo de \$250 diarios, por un periodo máximo de veinte (20) días de reclusión en una

Unidad de Cuidado Intensivo, por cada admisión en el hospital. Mientras el asegurado se encuentre recluido en una Unidad de Cuidado Intensivo, no se pagarán los beneficios de hospital, drogas y medicinas, y servicios de enfermera.

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

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

16. CUBIERTA EXTENDIDA – SIN LÍMITE DE DÍAS

Si un asegurado ha estado recluido en un hospital como resultado de la enfermedad de Cáncer, 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, comenzando el día número sesenta y uno (61) de hospitalización y hasta que la hospitalización continua termine, sujeto a las siguientes condiciones:

- Hasta \$125 diarios – Máximo de \$3,875 por mes.
- Esta cubierta sustituye los beneficios de hospital, drogas y medicinas luego de un período ininterrumpido de hospitalización de sesenta (60) días consecutivos.

17. PRIMER (1er) DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CANCER

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 (1er) diagnóstico positivo de la enfermedad de Cáncer hasta un máximo de \$1,200. El beneficio se pagará solamente una vez durante la vida de cada persona cubierta bajo esta póliza.

18. CÁNCER DE LA PIEL

La Compañía pagará los cargos usuales y acostumbrados hasta un máximo de \$175 por la resección quirúrgica de Cáncer de la Piel, sin límite en el número de extirpaciones.

19. TABLA DE CIRUGIAS (OPERACIONES)

	Cantidad Máxima
<u>ABDOMEN</u>	
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
	1,000.00
Colostomía o Ileostomía.....	
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.....	2,000.00
(Resección completa de Cáncer del Cerebro)	

GLÁNDULAS MAMARIAS

Amputación de un Seno.....	500.00
Amputación de ambos Senos.....	900.00

PECHO

Lobectomía Completa.....	1,000.00
Escisión intracardiaca – Tumor con “by pass”	2,000.00

ESPINA DORSAL

Resección quirúrgica de Vértebra o Vertebras....	850.00
--	--------

GENITALES EXTERNOS

<u>Mujer</u>	
Escisión completa para remover Vulva o Vagina con resección de Nódulos Linfáticos regionales	600.00
Cauterización del Cérvix.....	200.00
<u>Hombre</u>	

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 en:	
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 se efectúa, y no está incluida en la Tabla de Cirugías de esta póliza, nosotros pagaremos una cantidad que no exceda los cargos usuales y acostumbrados en el área geográfica donde se efectúe dicha operación, tomando en consideración la cantidad definida bajo un procedimiento similar y comparable que esté incluido en la Tabla de Cirugías de esta póliza; pero bajo ninguna circunstancia dicho pago excederá de \$5,500.

20. TERAPIA EXPERIMENTAL

La Compañía pagará por los gastos incurridos por concepto de tratamiento mediante el uso de Terapia Experimental hasta un máximo de \$4,000 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 autorizada por el médico a cargo del tratamiento de cáncer.

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.

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 de los cónyuges, que sean sus dependientes, según se define en la Parte A. (4) de esta póliza. Cualquier dependiente elegible que no fuese incluido en la solicitud original de seguro 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 esté en vigor y mientras haya por lo menos un dependiente elegible cubierto 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 anomalías congénitas, aborto o nacimiento prematuro causado por la enfermedad de Cáncer hasta el punto en que se provea cubierta 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 alcanzado los 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, mantendrá en vigor la cubierta provista hasta el final del período por el cual dicha 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 depende en su totalidad 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 treinta y tres (33) días a partir de la fecha de expiración.

4. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

En caso de que un hijo dependiente o el cónyuge del asegurado soliciten una nueva póliza no más tarde de treinta y tres (33) 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 del tipo de póliza que provea cubierta contra la enfermedad y el tratamiento de Cáncer 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 a la misma clasificación de prima de esta póliza y las 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 en esta póliza; y con cualquier período de espera 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 la muerte del asegurado principal ocurra mientras su cónyuge esté cubierto como dependiente bajo esta póliza, de ahí en adelante nosotros acordamos 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 PARA 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, las Tablas de las Tarifas de primas que se vencen después de la primera.

Por lo tanto, la prima de renovación será determinada según las Tablas de Tarifas vigente en la fecha de renovación, de acuerdo a su clasificación y en conformidad con la cubierta en vigor en la fecha de renovación, y deberán 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 variación en las Tablas de Tarifas) será efectivo, a menos que con treinta (30) días de antelación a la fecha de efectividad le hayamos enviado una notificación por escrito de dicho cambio, a su última dirección conocida por nosotros.

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 su 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, e 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 obligación 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 haya sido 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 periodo de tres (3) años durante la vida de cualquier persona cubierta, ninguna declaración falsa, ni omisión 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) 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 habersele 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 treinta y un (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 un 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 un representante 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 hemos notificado previamente por escrito de la denegación de la solicitud.

La póliza reinstalada cubrirá solamente pérdidas por la enfermedad de Cáncer 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. 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 fuese aceptada 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. AVISO 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 representación, a nosotros directamente a nuestra Oficina Administrativa, o a su representante autorizado con información suficiente, será aceptada por nosotros.

Deberá proveerse la 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, caducará 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 dichos formularios no son suministrados al reclamante dentro del término de treinta (30) días luego de la Compañía haber recibido la notificación, se considerará que el reclamante ha cumplido con su obligación una vez éste haya 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 principal mencionado en la Tabla de Beneficios de la póliza. Todo beneficio acumulado no pagado a la fecha de la muerte de cualquier asegurado dependiente se pagará al asegurado principal, a no ser que el asegurado principal sea el que fallece, y 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 relevará 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 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 cobertura bajo dicho beneficio para todos los dependientes elegibles aplicables del asegurado principal.

Esto aplicara para todos los dependientes elegibles aplicables cuyos nombres aparecen incluidos en la solicitud original de esta 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 obligara a la Compañía, a menos o hasta que tal cesión sea recibida en la Oficina Administrativa en 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/o al descubierto podrá deducirse de dicho pago.

5. ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

El acuse de recibo de una notificación de 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 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 COMERCIAL 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 CIRI. 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 cláusula 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 cláusula 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 Oficial Ejecutivo