



## Seguro Médico Internacional para estudiantes, catedráticos y personal escolar.

**SÍRVASE LEER ESTA PÓLIZA CON ATENCIÓN**

**LLAME LAS 24 HORAS DEL DÍA AL NÚMERO GRATUITO DE ASISTENCIA EN CASO DE EMERGENCIA: 1-800-995-1662 (EN NORTEAMÉRICA); O LLAME POR COBRAR AL (416) 340-8444 SI NECESITA SER HOSPITALIZADO. SI SE ENCUENTRA INCAPACITADO, LLAME LO ANTES POSIBLE.**

**Esta póliza de seguro está diseñada para cubrir las pérdidas originadas por circunstancias repentinas e imprevistas. La cobertura está sujeta a ciertas restricciones y excepciones, incluyendo sin limitación, las excepciones relativas a toda condición preexistente, según se define en las secciones de Definiciones y Excepciones Generales de esta póliza.**

### CONTRATO DE PÓLIZA DE SEGURO

A partir de la recepción del pago por concepto de la prima, la aseguradora (diversas compañías de seguros afiliadas a Lloyd's of London), manifiesta su acuerdo con el tenedor de la póliza para realizar el reembolso de los gastos incurridos durante la vigencia de esta póliza, de acuerdo con los límites descritos en esta póliza y sujeto a todas las excepciones, restricciones y condiciones de esta póliza.

Toda palabra definida en la sección de Definiciones que se incluye, tendrá el mismo significado en todo este documento.

Las cantidades monetarias descritas en esta póliza, están expresadas en dólares canadienses (CAD).

#### ÁREA GEOGRÁFICA DE LA COBERTURA

Mundial

#### FECHA EFECTIVA Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Esta póliza entrará en vigencia a las 12:01 A. M., tiempo local oficial, de la fecha declarada en la forma de suscripción, o en la fecha en la que la aseguradora apruebe la cobertura. Todos los meses de cobertura del seguro serán calculados a partir de la fecha correspondiente y la póliza permanecerá en vigencia durante el período de tiempo por el cual se haya pagado la prima. La cobertura podrá renovarse por períodos adicionales consecutivos que no excedan los 12 meses de duración, sujeto a la aprobación de la aseguradora y al pago de la prima, en la medida y la cantidad que la aseguradora determine al momento de realizar la renovación.

#### ELEGIBILIDAD

Para fines de esta póliza, se considerará como personas aseguradas, a aquellas personas que:

1. **Estén matriculadas como estudiantes, sean becarios, profesores, miembros del personal académico, acompañantes o participantes en un intercambio cultural o educativo en el extranjero o que estén comisionadas para viajar fuera del país de origen a una instalación educativa acreditada.**
2. Sean menores de 65 años de edad.
3. Sean elegibles como Dependientes.
4. Hayan sido incluidas en la cobertura **de esta póliza.**
5. Hayan pagado la prima correspondiente, o en cuyo nombre haya realizado el pago de la prima el titular de la póliza.

6. Hayan solicitado y recibido la aprobación para la extensión de la cobertura, una vez concluida su comisión y durante el viaje de regreso a su País de Origen; y que hayan pagado la prima correspondiente a este período de tiempo, o hayan designado a alguna persona para pagar la prima en su nombre.

#### TERMINACIÓN POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA

La Persona Asegurada podrá terminar este contrato en cualquier momento, mediante la notificación por escrito al Administrador del Plan que actúe en nombre de la Aseguradora, o mediante la entrega de dicha notificación a un representante autorizado (por ejemplo, una escuela u organización). En el caso de que se cancele esta Póliza debido a razones médicas y antes de la Fecha Efectiva, la Persona Asegurada recibirá el reembolso completo de las primas pagadas.

Si se cancela esta póliza después de la Fecha Efectiva, la aseguradora hará el reembolso de las primas pagadas, sujeto a la comprobación de la existencia de una cobertura equivalente.

Todo reembolso está sujeto a que no se haya presentado ninguna reclamación cuyo pago se haya realizado o se encuentre pendiente. Todos los reembolsos están sujetos a un tiempo de espera de 90 días.

#### OTROS SEGUROS

Si al momento de ocurrir la pérdida, la persona asegurada cuenta con una póliza de seguro de otra fuente, que cubra los beneficios estipulados en esta póliza; entonces la póliza con la fecha más reciente será considerada el primer pagador. Ninguno de los beneficios pagaderos por las siguientes instancias, será considerado como un costo cubierto por esta póliza:

- Cualquier plan de seguro médico u hospitalario, individual o de grupo.
- Cualquier plan gubernamental de seguro médico u hospitalario.
- Cualquier Ley de Compensaciones para los Trabajadores.
- Cualquier agencia pública o financiada con fondos públicos.

#### DEFINICIONES

**Accidente:** Cualquier evento repentino e imprevisto que ocurre durante el plazo de vigencia de la póliza, y que tiene como resultado la presentación de lesiones

físicas; cuya causa, o una de cuyas causas, es externa y ajena al cuerpo de la víctima y se encuentra fuera del control de la víctima.

**Beneficios:** Cualquier gasto o servicio cubierto por esta póliza, cuyo costo será pagado por la aseguradora.

**Beneficio Máximo:** La cantidad establecida como suma máxima a pagar por cualquier beneficio en particular, por cada póliza, al año; excepto cuando se especifique lo contrario.

**Administradora de Reclamaciones: Norfolk Mobility Benefits Inc.**

**Dispositivo Correctivo:** Se refiere a cualquier dispositivo para corregir un impedimento físico debilitante, cuyo uso le sea recomendado por un médico y sin el cual sería físicamente imposible que Usted continúe Sus estudios, o cumpla con Sus responsabilidades académicas, en la institución educativa de la que sea alumno, o catedrático. La definición "Dispositivos Correctivos" incluye miembros artificiales, sillas de ruedas, perros lazarillos y dispositivos para la sordera.

**Período de Cobertura:** Se refiere al período de tiempo durante el que Usted se encuentra asegurado y cubierto por los beneficios estipulados en esta Póliza. Este período inicia a las 12:01 A. M. de la Fecha Efectiva y termina a las 12:00 de la noche de la fecha que: (a) se especifique como Fecha de Terminación en la forma de registro; o bien, (b) la fecha de terminación de cualquier plazo de extensión de esta Póliza. El período máximo de cobertura, incluyendo cualquier extensión, es de 365 días consecutivos a partir de la Fecha Efectiva.

**Se ofrece cobertura por un máximo de 90 días consecutivos para el regreso permanente de Personas Aseguradas a su País de Origen, o Lugar Primario de Residencia, siempre y cuando se haya pagado la prima por dicho plazo.**

**Paciente por Día:** Un paciente que ocupa una cama de hospital, o a quien se cobra por el uso de una cama de hospital.

**Deducible:** La cantidad monetaria por la que la persona asegurada será responsable, antes del reembolso del saldo de cualquier gasto que sea elegible bajo esta póliza.

**Dependiente:** En el contexto de esta Póliza, el término se refiere a:

- a) El cónyuge de una Persona Asegurada (excepto en caso de separación legal), que sea menor de 65 años de edad.
- b) Hijos solteros, hijastros, menores en custodia temporal y niños adoptados legalmente, que dependan de la Persona Asegurada para su sustento; siempre y cuando no sean menores de 15 días de edad, ni mayores de 18 años de edad en la fecha de compra de la Póliza (o bien, 24 años de edad, siempre y cuando se compruebe que el hijo continúa estudiando tiempo completo). Los hijos, independientemente de la edad, se consideran elegibles si están mental o físicamente discapacitados, requieren la asistencia del asegurado para su sustento y residen con el Asegurado.

**Servicios de Diagnóstico:** Pruebas de laboratorio y servicios de rayos X, radiografías y procedimientos de medicina nuclear, empleados para el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas.

**Fecha Efectiva:** La fecha de llegada al lugar de estudios, o trabajo, en el extranjero. La Cobertura se ofrece de manera automática por un plazo máximo de 10 días, mientras se realiza el viaje desde su País de Origen, o Lugar Primario de Residencia, hacia el lugar de estudios, o trabajo, en el extranjero. Este plazo podrá extenderse, según la recomendación del Administrador del Plan.

**Emergencia:** Se refiere a eventos repentinos e imprevistos, o cambios en la condición que requieran de tratamiento médico inmediato.

**Expatriado:** Una persona que deja su país de origen para vivir en un país extranjero para el que no posee un pasaporte válido.

**País de Origen:** El país al que pertenece el pasaporte de la persona asegurada. En los casos en los que la persona asegurada posea más de un pasaporte, se considerará como país de origen al país que la persona asegurada haya declarado como tal en la forma de solicitud.

**Hospital:** Cualquier institución médica o quirúrgica autorizada legalmente en el país en que se encuentra, cuyas actividades principales no son las mismas de un centro de rehabilitación, balneario, clínica de hidroterapia, sanatorio, hospital privado, o asilo para ancianos. Dicho establecimiento deberá estar bajo la constante supervisión de un médico residente.

**Servicios Hospitalarios:** Costos de alojamiento, cuidados de enfermería, salas de operaciones, medicamentos, vendajes, procedimientos de diagnóstico, o cualquier otro costo necesario, realizado por el hospital para el tratamiento médico.

**Familiar Inmediato:** Se refiere al cónyuge, hijo, hija, padre, madre, hermano, hermana, yerno, nuera, cuñado, cuñada, nieto, nieta, abuelo, o abuela de la persona asegurada.

**Lesión:** Daño corporal, inesperado e imprevisto, causado por un accidente que ocurre dentro del plazo de vigencia de la póliza y que, de manera directa e independiente de toda otra causa, tiene como resultado que la persona asegurada incurra en gastos médicos.

**Paciente Internado:** Un paciente cuya admisión en el hospital es recomendada por un médico, o un cirujano, y que ocupa una cama de hospital durante más de 24 horas para recibir tratamiento médico.

**Persona Asegurada / Usted / Su:** Una persona elegible, según se define en la sección de elegibilidad de esta póliza.

**Aseguradora:** Ciertas compañías de seguros afiliadas a Lloyd's of London, Inglaterra, que ofrecen esta póliza de seguro.

**Cuidados de Maternidad:** Se refiere a gastos médicos necesarios, relacionados con el estado de preñez y el alumbramiento de un bebé.

**Aparatos Médicos:** Aparatos simples, como muletas, férulas de yeso, férulas diversas, bastones, cabestrillos, bragueros, férulas dentales, dispositivos ortopédicos y la renta temporal de una silla de ruedas, cuyo uso sea prescrito por un médico, o un cirujano.

**Proveedor de Asistencia Médica:** SelectCare.

**Gastos Médicos:** Son los gastos médicos y gastos relacionados, cubiertos en la sección de Beneficios Médicos Mayores de esta póliza. Y que son necesarios debido a la presencia de una lesión o enfermedad, durante la vigencia de la cobertura provista por esta póliza.

**Medicamento Necesarios:** Son los servicios o suministros proporcionados a usted, para la identificación o el tratamiento de su enfermedad o lesión, y que son necesarios para el alivio de dolor o sufrimiento agudos, o para la identificación o tratamiento de su enfermedad o lesión. O bien, con respecto a los Servicios Hospitalarios, aquellos que no se le pueden proveer de manera segura siendo un paciente externo. Esto excluye el tratamiento rutinario, o de vigilancia, relacionado con cualquier condición médica preexistente.

**Norfolk Mobility Benefits Inc.:** La tercera parte, designada por la compañía de seguros para la administración de la póliza y el manejo de reclamaciones.

**Paciente Externo:** Una persona asegurada que recibe tratamiento, incluyendo servicios de diagnóstico, en un hospital u otra institución médica; o en el consultorio

de un doctor, sin que la persona asegurada sea internada, o confinada en una cama de hospital como paciente internado o paciente por un día.

**Límite Total Máximo:** El límite total de los beneficios agregados que la persona asegurada puede reclamar como resultado de una lesión o enfermedad. Se indica dicho límite a lo largo del texto de esta póliza.

**Médico o Cirujano:** Un profesional médico debidamente autorizado ante la ley del país donde se administre el tratamiento y que, al proveer dicho tratamiento, ejerce tal acción de acuerdo al alcance de su licencia y su capacidad profesional. El médico, o cirujano, no deberá ser la propia persona asegurada, ni algún familiar inmediato de la persona asegurada.

**Condición Médica Preexistente:** Se refiere a cualquier condición médica para la que la Persona Asegurada haya buscado atención médica, excepto exámenes de rutina; haya cambiado de medicamento para su tratamiento, o cuyos síntomas se hayan manifestado dentro de los 90 días previos a la Fecha Efectiva de inicio de la cobertura.

**Lugar Primario de Residencia:** Es el lugar en el que la Persona Asegurada mantiene su domicilio permanente y que no se encuentra en su País de Origen.

**Costos Razonables y Convencionales:** Son los costos aprobados por tratamientos o suministros elegibles, que no exceden los costos convencionales que otros proveedores de clase similar en la misma región, cobran por el mismo tipo de tratamiento para una enfermedad o una lesión similar.

**Enfermedad:** Todo padecimiento o enfermedad que se presenta de forma inesperada e imprevista en la persona asegurada durante el plazo de vigencia de esta póliza, causando que la persona asegurada incurra en gastos médicos.

**Fecha de Terminación:** Es la fecha en que termina su cobertura por esta Póliza. La cobertura termina en la hora y fecha más recientes de las siguientes: (a) la fecha que usted indique como fecha de terminación en su forma de solicitud; (b) la fecha en que usted regrese a su país de origen de manera permanente; o bien, (c) en el caso de **Personas Aseguradas que regresan a su país de origen de manera permanente**, un plazo máximo de 90 días consecutivos, a partir de la fecha de regreso, siempre y cuando se haya pagado la prima correspondiente para cubrir dicho plazo.

## **BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES**

### **Límite Máximo**

No obstante los límites establecidos en las diferentes secciones de esta póliza, el límite total máximo para gastos médicos, no deberá exceder los dos millones de dólares (\$2,000,000.00) durante la vida de una Persona Asegurada.

Los reembolsos se encuentran completamente libres de la aplicación del deducible.

### **Beneficios Hospitalarios**

Cuando una persona asegurada sea internada en un hospital a causa de una lesión o enfermedad, la aseguradora pagará los costos razonables y convencionales por alojamiento y alimentación (hasta el equivalente a alojamiento en habitación semiprivada); incluyendo los costos relacionados con la atención de médicos, cirujanos, enfermeras, quirófano, medicamentos prescritos, vendajes, servicios de diagnóstico, aparatos médicos y cualquier otro costo necesario, hecho por el hospital por concepto de servicios hospitalarios para pacientes internados y servicios hospitalarios para pacientes por un día. También se cubrirán los costos incurridos por la atención en la unidad de cuidados intensivos. Las personas aseguradas deberán obtener la autorización previa de Norfolk Mobility Benefits Inc. o del proveedor de asistencia médica.

### **Cuotas del Médico**

Se refiere a los Cargos Razonables y Convencionales, hechos por un Médico por los servicios profesionales o el Tratamiento Médico.

### **Servicios Médicos, Quirúrgicos y de Diagnóstico**

Cuando a causa de una lesión o enfermedad, la persona asegurada realice cualquiera de los gastos descritos a continuación, mientras se encuentre bajo el cuidado normal y la atención de un médico o un cirujano; la aseguradora pagará los costos razonables y convencionales, por lo siguiente:

**Dispositivos Correctivos.** Se refiere a cualquier dispositivo para corregir un impedimento físico debilitante, cuyo uso le sea recomendado por un médico y sin el cual sería físicamente imposible que usted continúe sus estudios, o cumpla con sus responsabilidades académicas, en la institución educativa de la que sea alumno, o catedrático. La definición "Dispositivos Correctivos" incluye miembros artificiales, sillas de ruedas, perros lazarillos y dispositivos para la sordera.

### **Servicios de Diagnóstico, Rayos X y de Laboratorio.**

Los exámenes por rayos X, o exámenes de laboratorio, practicados bajo la presencia o la supervisión de un médico, o un cirujano, como parte de los servicios de diagnóstico. Los servicios de laboratorio y rayos X, deberán ser proporcionados, o prescritos, por un médico. Esta póliza no cubre exámenes de exploración por resonancia magnética (MRI), cateterización cardíaca, o tomografía axial computarizada (CAT), realizados por razones no consideradas como emergencia, excepto cuando dichos servicios sean previamente autorizados y ordenados por la aseguradora.

**Medicamentos Prescritos.** Se limitará al suministro de cualquier tipo de medicamento individual durante 60 días, por cada año de cobertura de la póliza, excepto cuando el medicamento sea prescrito durante la estancia en el Hospital como paciente internado.

**Equipo y Suministros Médicos.** (A pagar, solamente si es necesario a consecuencia de alguna Enfermedad o Lesión cubierta por la póliza). Se refiere a la compra de suministros médicos, incluyendo vendajes y prótesis. Cuando sean necesarios a causa de alguna Enfermedad o Lesión cubierta por la póliza, se pagarán hasta \$350.00 por anteojos o lentes de contacto prescritos; o hasta \$500.00 por dispositivos para la sordera. Se incluyen los cargos por la renta de sillas de ruedas, muletas, cama de tipo hospitalario y otros artículos, siempre y cuando no excedan el precio de compra del artículo.

**Transporte de Emergencia.** El costo total por el servicio autorizado de ambulancia hasta el Hospital más cercano; siempre y cuando sea Médicamente Necesario. Transporte de Emergencia entre Hospitales, siempre y cuando sea ordenado por el Médico a cargo, incluyendo la cuota del usuario; O BIEN, la tarifa por el servicio de taxi, hasta un máximo de \$100.00, hacia, o desde un hospital o clínica médica, para recibir la atención médica elegible.

**Atención Dental de Emergencia.** Se pagará el reembolso de hasta \$600.00 por el alivio inmediato de dolor dental agudo ocasionado por cualquier causa, excepto un golpe en la cara. Todo tratamiento deberá iniciarse en las 48 horas siguientes al momento en que haya surgido la Emergencia; y deberá completarse, a más tardar, 90 días después de la fecha de inicio del tratamiento. Esto es, asumiendo que la cobertura de la póliza se encuentra vigente durante el período de tiempo en que tenga lugar el tratamiento. No están cubiertas las condiciones dentales para las que la Persona Asegurada haya recibido tratamiento, o consulta, previamente.

**Atención Dental en Caso de Accidente.** En caso de una Lesión causada por un golpe accidental en la boca, se cubrirán hasta \$2,500.00 para el tratamiento dental

de Emergencia, destinado a reparar, o reemplazar, dientes naturales o dientes artificiales sujetos de manera permanente. En caso de Emergencia, se pagarán hasta \$500.00 por la reparación de dientes artificiales, incluyendo puentes y placas dentales. El tratamiento deberá tener lugar en los 90 días siguientes a la fecha del Accidente. No se hará ningún pago por los gastos realizados a causa de Accidentes ocurridos durante la masticación, o Lesiones causadas por poner objetos en la boca.

**Examen de la Vista.** Los cargos razonables y convencionales, por un examen de la vista, que no se deba a una emergencia y sea realizado por un Optometrista debidamente acreditado, por cada período de 365 días. Nota: *De acuerdo con lo estipulado en la sección de Beneficios para Equipo y Suministros Médicos, los costos por concepto de anteojos, o lentes de contacto, NO están cubiertos, excepto cuando sean estrictamente necesarios.*

**Servicios Paramédicos.** Los servicios de un profesional acreditado para administrar masaje terapéutico, un especialista quiroprático, fisioterapeuta, osteópata, naturópata, terapeuta del lenguaje, podólogo, o acupunturista; hasta un máximo de \$1,000.00 por profesión, por año de cobertura de la póliza, por cada Persona Asegurada.

**Atención Psiquiátrica.** Hasta \$25,000.00 por los servicios de un Psiquiatra, durante el tiempo de hospitalización como paciente internado debido a un trastorno emocional.

**Están cubiertos** los servicios de un psicólogo, psiquiatra, o consejero; como un paciente externo; hasta un máximo combinado de \$2,500.00 por año de cobertura de la póliza, por cada Persona Asegurada.

**Atención de Enfermería Privada.** Hasta \$5,000.00 por los servicios de una Enfermera Titulada, Asistente de Enfermería Titulada, o Enfermera Privada, siempre y cuando sean recomendados por el Médico a cargo.

**Cobertura de VIH/SIDA.** Están cubiertos, hasta un máximo de \$10,000.00 de por vida; los gastos incurridos a consecuencia del diagnóstico positivo de VIH, SIDA, o CRS; siempre y cuando el diagnóstico se realice después de iniciada la cobertura. En el caso de urgencias, o emergencias relacionadas con Lesiones o Enfermedades, los tratamientos necesarios se considerarán como tratamientos agudos médicamente necesarios y los pagos se harán de acuerdo a la sección de beneficios totales máximos de la Póliza. Los gastos derivados del diagnóstico de VIH, SIDA/CRS, previo a la fecha efectiva de esta póliza, no están cubiertos.

**Visita Médica Anual.** Cuando se compre la cobertura por un mínimo de 6 meses, la Aseguradora pagará hasta \$100.00 por una visita al Médico General (Médico), durante el año de cobertura de la póliza; para someterse a un examen que no sea de emergencia y a las pruebas relacionadas.

Su seguro también cubre lo siguiente:

**Asesoría Psicológica en Caso de Trauma.** Si dentro de 90 días a partir de la fecha de un accidente ocurrido durante el período de cobertura, una Persona Asegurada sufriera alguna pérdida cubierta en el Inventario de pérdidas (excepto pérdida de la vida); la Aseguradora pagará el costo de hasta seis sesiones de asesoría para el manejo del trauma, impartidas por un Psicólogo debidamente acreditado y por órdenes del médico a cargo.

**Beneficio para el Regreso de la Persona Asegurada.** Se cuenta con cobertura por un máximo de 90 días, para el regreso permanente de Personas Aseguradas a su País de Origen; siempre y cuando se haya pagado la prima correspondiente a dicho período de tiempo.

**La cobertura de los siguientes beneficios, está sujeta a la aprobación previa por parte de**

**SelectCare. La cantidad máxima a pagar por los siguientes beneficios de Transportación, no podrá ser mayor a \$1,000,000.00 en total, por Período de Cobertura.**

• **Evacuación Aérea.** El costo de transportación para Usted, cuando sea Médicamente Necesario, hasta el Hospital más cercano, o a un Hospital en Su País de origen, ya sea:

- La tarifa de viaje en camilla en un vuelo regular, incluyendo los pasajes de regreso, en clase económica, para el personal calificado a cargo de la atención médica (que no sean sus familiares); además de las cuotas y gastos relacionados.
- O bien, el costo de transportación en una ambulancia aérea debidamente equipada, incluyendo las cuotas y los costos relacionados para los miembros calificados de la tripulación.

Esto incluye los costos del traslado en ambulancia terrestre en cada punto del vuelo, o vuelos de conexión. El Médico a cargo deberá certificar que la Persona Asegurada se encuentra médicamente apta para realizar el tipo de traslado seleccionado.

▪ **Bonificación para la Transportación y Subsistencia de Familiares.** Si Usted no tiene familiares que vivan a una distancia inferior a 500 kilómetros del lugar en el que Usted se encuentra durante su estancia fuera de Su País de Origen. Y si Usted se encuentra Hospitalizado y se espera que Su Hospitalización durará un mínimo de 7 días; o bien, en caso del fallecimiento de la Persona Asegurada; la Aseguradora hará un pago máximo combinado de hasta \$7,500.00 para cubrir el costo de transportación con pasaje de viaje redondo, en base a la tarifa más baja, disponible por la ruta más directa; para dos (2) personas designadas por Usted para viajar y acompañarle mientras se encuentra en cama debido a su condición; además del costo de alojamiento comercial y alimentación para esas dos (2) personas, durante un plazo máximo de 7 días. El Médico a cargo deberá certificar que la seriedad de la situación justifica dicha visita. En tal caso, sírvase enviar todas las facturas y recibos a la Administradora de Reclamaciones.

▪ **Repatriación, o Funeral de la Persona Asegurada.** En caso de muerte durante el Período de Cobertura, a consecuencia de una Enfermedad o Lesión cubierta por la póliza, la Aseguradora pagará: (a) hasta \$12,500.00 para cubrir los costos razonables y necesarios para la preparación y retorno de los restos mortales de la Persona Asegurada hasta el País de origen de la Persona Asegurada, en un contenedor de transporte convencional; o bien, (b) hasta \$10,000.00 para cubrir el costo de preparación, cremación, o sepultura de los restos; además de un lote para su sepultura en el lugar en el que tenga lugar el fallecimiento. Lo anterior excluye los costos del ataúd, urna, lápida y pompas fúnebres. En caso de que el suicidio sea la causa del fallecimiento, la cantidad máxima a pagar por la Aseguradora, será equivalente al 50 % de las sumas máximas antes mencionadas..

▪ **Regreso al País de Origen.** En caso de Emergencia, por una Enfermedad o Lesión de la Persona Asegurada que haga necesario el regreso de la Persona Asegurada a su hogar para recibir atención médica inmediata; la Aseguradora reembolsará hasta un máximo de \$5,000.00 para cubrir los costos extras por un viaje sencillo en avión, en clase económica y por la ruta más directa, para el regreso de la Persona Asegurada a su País de Origen.

▪ **Costo del Regreso al País de Origen Debido a Emergencias Familiares.** En caso de que la Persona Asegurada regrese a su País de Origen de

manera imprevista, debido a que algún familiar inmediato que no viaja con la Persona asegurada, haya fallecido, o se encuentre hospitalizado a causa de una enfermedad grave; la Aseguradora hará un pago máximo vitalicio de \$2,500.00 para cubrir el costo de un viaje redondo, en base a la tarifa más baja disponible y por la ruta más directa al lugar más cercano a la institución en la que se encuentre internado el familiar. Además, la Aseguradora hará un pago máximo vitalicio de \$1,000.00 para cubrir los costos de alojamiento comercial y alimentos para la Persona Asegurada. Este beneficio de Regreso al País de Origen, deberá reclamarse dentro del período de vigencia de la cobertura.

### EXCEPCIONES GENERALES

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados, o agravados de manera directa o indirecta, por:

1. Tratamiento Médico Electivo, o que no es de Emergencia, incluyendo cualquier tratamiento administrado para mantener la estabilidad en caso de una enfermedad o condición crónica, incluyendo el reaprovisionamiento de medicamentos prescritos, las pruebas o exámenes que forman parte de un régimen normal, o cualquier tratamiento que no sea necesario para el alivio inmediato de dolor y sufrimiento; o bien, que de manera razonable, podría ser pospuesto hasta que la Persona Asegurada regrese a su País de Origen (excepto en los casos estipulados en la sección del beneficio para la Visita Anual al Médico).
2. Cualquier tratamiento continuo para el alivio de una Lesión o Enfermedad, en caso de que la Administradora de Reclamaciones haya solicitado el regreso de la Persona Asegurada a su País de Origen, después de recibir Tratamiento Médico de Emergencia.
3. La compra de medicamentos disponibles a la venta sin receta médica, anticonceptivos, vacunas o inyecciones, preparaciones vitamínicas, o medicamentos recibidos como terapia preventiva, a excepción de lo estipulado en la sección del Beneficio de la Cobertura para VIH/SIDA.
4. El Beneficio de Cobertura del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); a excepción de lo estipulado en la sección de beneficios en caso de VIH/SIDA.
5. El viaje aéreo, excepto cuando se viaje como pasajero en una aeronave comercial certificada, que ofrezca servicio de transporte de pasajeros y cumpla con los reglamentos gubernamentales relativos al otorgamiento de una licencia de piloto y la vigencia de los certificados de condición de vuelo.
6. La participación activa en una guerra, o cualquier acto de guerra; la participación en cualquier clase de maniobras o ejercicios de entrenamiento en las fuerzas armadas; la realización de actos de contaminación por radioactividad, o la comisión o el intento de cometer cualquier delito.
7. Lesiones autoinflingidas intencionalmente, suicidio, conducta autodestructiva, o cualquier intento de ello (ya sea en estado de cordura o de locura).
8. La práctica de montañismo, buceo con escafandra autónoma, escalamiento en roca o precipicios, vuelo en planeador, planeo en paracaídas, paracaidismo deportivo, planeo en caída libre con paracaídas, actividades atléticas o deportivas a cambio de remuneración o premios en efectivo; o el viaje o manejo, en o de, cualquier vehículo o dispositivo motorizado en cualquier clase de carrera o competición de velocidad.

9. El uso inadecuado de medicamentos, el uso de agentes tóxicos o drogas ilegales; o bien, el tratamiento de dichas condiciones o de accidentes relacionados con ello.
10. El uso de cualquier medicamento clasificado como una droga característica del Estilo de Vida personal
11. Lesiones sostenidas cuando el contenido sanguíneo de alcohol de la Persona Asegurada es mayor a 80 miligramos por 100 mililitros de sangre; o bien, en ausencia de un medio de medición específica, la opinión profesional del médico a cargo.
12. Los exámenes o los servicios practicados por un médico, cuando sean solicitados para el uso exclusivo de terceras partes.
13. Cualquier reclamación originada por la realización de un viaje, o la ejecución de una labor asignada en un lugar distinto al lugar de residencia en el extranjero, con el fin de procurarse tratamiento o terapia, excepto cuando ello sea previamente aprobado por la aseguradora.
14. En el caso de personas mayores de 65 años de edad.
15. Los costos incurridos durante cualquier período de tiempo por el cual no se haya pagado la prima correspondiente, o mientras la póliza no se encuentre en vigencia con respecto a la persona asegurada.
16. La realización de un viaje en contra de la recomendación de un Médico, o Profesional de la Salud Calificado, o con el fin de obtener Tratamiento Médico, o cuando se haya emitido un diagnóstico terminal a la Persona Asegurada, antes de iniciado el Período de Cobertura.
17. El tratamiento rutinario, o de seguimiento, de cualquier condición médica preexistente.
18. El estado de preñez, la interrupción involuntaria de la preñez, la labor de alumbramiento, la terminación intencional de la preñez, o los gastos relacionados con ello.

Esta póliza también incluye las siguientes cláusulas/garantías:

### CLÁUSULA DE EXCEPCIÓN LIMITADA EN CASO DE GUERRA

No obstante la descripción de lo contrario a lo que aquí se estipula, esta póliza de seguro no cubre las pérdidas causadas por:

- Una guerra, declarada o no, entre cualquiera de los siguientes países: China, Francia, el Reino Unido, la Federación Rusa y los Estados Unidos de América.
- Una guerra en Europa, declarada o no, excepto cuando se trate de lo siguiente:
  - Una guerra civil.
  - Cualquier acción armada, ejecutada por, o en nombre de, la Organización de las Naciones Unidas; que incluya la participación de cualquiera de los países arriba mencionados, o de las fuerzas armadas de cualquiera de ellos.

### EXCEPCIÓN EN CASO DE TERRORISMO NUCLEAR, QUÍMICO, O BIOLÓGICO

No obstante cualquier condición que sea contraria a lo estipulado en esta póliza de seguro, o cualquier garantía que se incluya en la misma; queda aquí acordado que esta póliza de seguro excluye cualquier pérdida que sea consecuencia directa, o indirecta de cualquier acto de terrorismo nuclear, químico, o biológico (según se define más adelante); independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente, o en cualquier otra secuencia de tiempo, a la presentación de la pérdida. También se excluyen las pérdidas a cuya causa haya

contribuido, o cuya causa sea dicho acto; o que sean resultado de dicho acto, o se encuentren relacionadas con dicho acto.

Para los fines de esta garantía:

El término "terrorismo nuclear, químico o biológico", se refiere al uso de cualquier arma o dispositivo nuclear, o a la emisión, descarga, dispersión, liberación o escape, de cualquier agente químico y/o biológico en estado sólido, líquido o gaseoso, durante el período de vigencia de esta póliza de seguro; por cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen por su cuenta, en nombre de, o en combinación con, cualquier organización, o gobierno; a causa de razones, o fines políticos, religiosos, o ideológicos, incluyendo la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno y/o de instigar miedo en el público, o cualquier segmento del público.

Por agente "químico" se entenderá cualquier compuesto que al ser diseminado de manera adecuada, produce efectos incapacitantes, nocivos, o letales, en las personas, animales, plantas, o bienes materiales.

Por agente "biológico" se entenderá cualquier microorganismo patógeno (es decir, que causa enfermedad) y/o toxina(s) producida(s) biológicamente (incluyendo organismos modificados genéticamente y toxinas sintetizadas químicamente), capaces de causar enfermedad y/o la muerte de seres humanos, animales, o plantas.

#### PROCEDIMIENTOS APLICABLES A LA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS MÉDICOS

La Aseguradora pagará los beneficios, siempre y cuando:

1. La Persona Asegurada haya solicitado y recibido Autorización Previa para realizar los gastos correspondientes en calidad de Paciente por Día o Paciente Internado. En caso de emergencia y cuando no sea posible comunicarse con la administradora de reclamaciones de manera previa, será necesario reportar la admisión en el hospital, tan pronto como sea razonablemente posible.
2. Deberá enviar los pormenores de todas las reclamaciones a la administradora de reclamaciones, por escrito y tan pronto como sea posible; y en todo caso, dentro de los 365 días siguientes a la fecha de inicio del Tratamiento Médico.
3. Todos los documentos relacionados con la reclamación, incluyendo la forma de reclamación y las cuentas, deberán ser originales, no copias.
4. Deberá haber hecho el pago de las primas correspondientes, relacionadas con la Persona Asegurada que presenta la reclamación.

Queda entendido que:

1. La aseguradora podrá solicitar información médica a cualquier Médico o Cirujano, tantas veces como sea necesario; además de poder someter a un examen a la Persona Asegurada, si ello se considera necesario.
2. La aseguradora deberá ser informada de cualquier circunstancia que podría dar lugar a una reclamación en contra de terceras partes, o de otra compañía aseguradora.
3. En caso de que se presente una reclamación en el País de Origen de la Persona Asegurada, deberá presentarse evidencia demostrando la fecha de ingreso de la Persona Asegurada a su País de Origen.

**Toda la información pertinente deberá enviarse a:**

**Norfolk Mobility Benefits Inc.  
Suite 1100, 940 – 6 Ave. SW  
Calgary, AB**

#### T2P 3T1

#### EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, COMUNÍQUESE CON:

**Travel Insurance Coordinators**

**Travel Insurance Coordinators**

**Número de Emergencia las 24 Horas del Día**

**NO. DE IDENTIFICACIÓN: GFRW1062**

**En todos los países, excepto Canadá y los Estados Unidos de América, llame por cobrar: (416) 340-8444  
En Canadá y los Estados Unidos de América, llame al: 1-800-995-1662**

Al momento de hacer la llamada, deberá proporcionar la siguiente información:

- Nombre y número telefónico de la persona que llama y su parentesco con el paciente.
- Nombre del paciente, edad, sexo y lugar en que se encuentra.
- Número de identificación de SelectCare (GFRW1062).
- Naturaleza del problema médico.
- Números telefónicos del personal médico relacionado con el caso.
- Manera y fecha en la que se realizará la siguiente comunicación.

#### IMPORTANTE

**Para que los gastos de evacuación por razones médicas sean cubiertos por el programa, deberá solicitar que SelectCare autorice el viaje, o haga los arreglos necesarios para el viaje.**

**Además, todo proceso de admisión en un Hospital, deberá correr a cargo de SelectCare. El proceso de liquidación de su reclamación se verá afectado si no se comunica con SelectCare en caso de que sea necesaria la hospitalización.**

#### MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (MA&D)

##### Beneficios

La Suma Principal es \$50,000.00

**Límite Agregado de Responsabilidad:  
\$5,000,000.00**

La aseguradora no será responsable por el pago de ninguna cantidad que exceda el límite agregado de responsabilidad antes descrito.

Si la cantidad agregada de todas las indemnizaciones que de otro modo serían pagaderas de acuerdo con la cobertura de esta póliza, excede el límite agregado de responsabilidad, la aseguradora no será responsable, ante cada persona asegurada, por el pago de una proporción de la indemnización, que de otro modo sería pagada y que sea mayor a la del límite agregado de responsabilidad, con respecto a la cantidad agregada de todas las indemnizaciones en cuestión.

##### Elegibilidad

De acuerdo con lo estipulado en esta póliza, salvo que los dependientes del empleado asegurado, no son elegibles para recibir beneficios por (MA&D).

##### Cobertura

Si las lesiones de que se trate, causan alguna de las siguientes pérdidas específicas durante el año siguiente a la fecha del accidente; la aseguradora pagará el beneficio específico correspondiente, en base a la suma principal descrita en la solicitud de la persona asegurada. Esto es, siempre y cuando, no se realice el pago de más de uno de dichos beneficios (el que sea mayor), con respecto a todas las lesiones que sean resultado del accidente.

Pérdida de la Vida .....	La Suma Principal
Pérdida de Ambas Manos o Ambos Pies.....	La Suma Principal
Pérdida Completa de la Vista en Ambos Ojos.....	La Suma Principal
Pérdida de una Mano y un Pié.....	La Suma Principal
Pérdida de una Mano y de la Vista en un Ojo.....	La Suma Principal
Pérdida de un Pié y de la Vista en un Ojo.....	La Suma Principal
Pérdida del Habla y del Oído.....	La Suma Principal
Pérdida del Uso de Ambos Brazos o Ambas Manos.....	La Suma Principal
Cuadriplejía.....	La Suma Principal
Paraplejía.....	La Suma Principal
Hemiplejía.....	La Suma Principal
Pérdida de un Brazo o una Pierna.....	Tres Cuartos de la Suma Principal
Pérdida del Uso de un Brazo o una Pierna.....	Tres Cuartos de la Suma Principal
Pérdida de una Mano o un Pié.....	Dos Tercios de la Suma Principal
Pérdida Completa de la Vista en un Ojo.....	Dos Tercios de la Suma Principal
Pérdida del Uso de una Mano.....	Dos Tercios de la Suma Principal
Pérdida del Habla o del Oído .....	Dos Tercios de la Suma Principal
Pérdida de los Dedos Pulgar e Índice de la Misma Mano.....	Un Tercio de la Suma Principal
Pérdida de Cuatro Dedos de la Misma Mano.....	Un Tercio de la Suma Principal
Pérdida del Sentido del Oído en un Oído.....	Un Cuarto de la Suma Principal
Pérdida de Todos los Dedos del Mismo Pié.....	Un Octavo de la Suma Principal

Por "pérdida" se entenderá lo siguiente:

- Con respecto a la mano, o el pié, su efectiva amputación, a través o arriba de la articulación de la muñeca o el tobillo.
- Con respecto al brazo, o la pierna, su efectiva amputación, a través o arriba de la articulación del codo, o la rodilla.
- Con respecto al ojo, la completa e irreparable pérdida del sentido de la vista.
- Con respecto al habla, la completa e irreparable pérdida del sentido del habla, que no permita la comunicación audible en ningún grado.
- Con respecto al oído, la completa e irreparable pérdida del sentido del oído, que no pueda corregirse mediante algún dispositivo para la sordera.
- Con respecto a los dedos pulgar e índice, su efectiva amputación, a través o arriba de la primera falange.
- Con respecto a los dedos de la mano, la efectiva amputación, a través o arriba de la primera falange de cuatro dedos de la misma mano.
- Con respecto a los dedos del pié, la efectiva amputación de ambas falanges de todos los dedos del mismo pié.

Cuando se emplee el término "pérdida" con relación a la cuadriplejía (parálisis de ambos miembros superiores y ambos miembros inferiores), la paraplejía (parálisis de ambos miembros inferiores), y la hemiplejía (parálisis completa de los miembros superior e inferior del mismo lado del cuerpo), se entenderá la completa e irreparable parálisis de los miembros de que se trate.

Por "pérdida del uso", se entenderá la completa e irreparable pérdida de la función de un brazo, una mano, o una pierna; siempre y cuando dicha pérdida de la función sea constante durante doce meses consecutivos; y que, a partir de ese momento, se

determine como permanente, en base a evidencia considerada satisfactoria por parte de la Aseguradora.

#### **Exposición a los Elementos y Desaparición**

Las pérdidas resultantes de la inevitable exposición a los elementos naturales y a consecuencia de los riesgos antes descritos, serán cubiertas en la medida determinada por los beneficios otorgados a la persona asegurada.

Sujeto a todas las demás condiciones de la póliza; cuando no se encuentre el cuerpo de la persona asegurada, durante el año siguiente a la fecha de la desaparición, naufragio, hundimiento, o colisión del transporte en el que viajaba la persona asegurada al momento del accidente; se presumirá que la persona asegurada perdió la vida a consecuencia de las lesiones corporales sufridas en el accidente y cubiertas por esta póliza.

#### **CONDICIONES**

**Notificación de la Reclamación:** Deberá enviarse una notificación escrita a la aseguradora, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurrió, o se inició cualquier pérdida cubierta por la póliza; o bien, tan pronto como sea posible. La notificación presentada por el reclamante, o en nombre del reclamante ante la aseguradora, o cualquier representante autorizado de la aseguradora; junto con la información suficiente para identificar a la persona asegurada; será considerada como una notificación válida por parte de la aseguradora.

**Formas de Reclamación:** Una vez recibida por escrito la notificación de la reclamación; la aseguradora proporcionará al reclamante los formularios que suministra regularmente para el registro de la evidencia de una pérdida. Si no se le proporcionan dichas formas en los 15 días siguientes al envío de la notificación, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos establecidos en esta póliza, relativos a la comprobación de la pérdida a partir de la presentación de evidencia escrita amparando la fecha del evento, su carácter y la magnitud de la pérdida por la que se presenta la reclamación; dentro del plazo establecido en la póliza para proceder a solicitar el registro de la evidencia de la pérdida.

**Evidencia de la Pérdida:** La evidencia que ampara la pérdida, deberá presentarse por escrito ante la aseguradora, dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió la pérdida. Si no es razonablemente posible presentar dicha evidencia dentro del plazo establecido, no se invalidará ni se reducirá la reclamación; siempre y cuando se presente la evidencia necesaria, tan pronto como sea razonablemente posible.

**Plazo para el Pago de Reclamaciones:** Las indemnizaciones a pagar de acuerdo con esta póliza, se liquidarán inmediatamente después de recibir la debida evidencia escrita comprobando la pérdida.

**Pago de Reclamaciones:** La indemnización por la pérdida accidental de la vida, se liquidará mediante un pago único, a favor del beneficiario registrado. El pago único de la suma correspondiente, se hará inmediatamente después de recibir la evidencia necesaria para comprobar la pérdida.

Si al momento del fallecimiento de la persona asegurada, ningún beneficiario se encuentra con vida, la liquidación de la indemnización por la muerte accidental de la persona asegurada, se hará en un pago único, a favor del patrimonio de la persona asegurada. El pago de cualquier otra indemnización, se hará en favor de la persona asegurada.

**Reconocimiento Médico y Autopsia:** Según se estipula a continuación, en caso de litigio relativo a alguna reclamación, la aseguradora se reservará el derecho y la oportunidad de examinar el cuerpo de cualquier persona asegurada, cuya lesión sea la base para la presentación de una reclamación; así como para

practicar una autopsia, en caso de muerte; siempre y cuando la ley lo permita. Lo anterior se hará de manera prudente y oportuna, con todos los costos a cuenta de la aseguradora.

**Acciones Judiciales:** De acuerdo con los requisitos establecidos en esta póliza; no se emprenderá ninguna acción judicial, o acción en equidad, encaminada a la recuperación de los beneficios cubiertos por esta póliza, antes de la expiración de un plazo de 60 días, a partir de la fecha en que se presentó la evidencia escrita que ampara la pérdida. No se emprenderá ninguna de dichas acciones, después de la expiración de un plazo de tres años, a partir de la fecha en que debió presentarse la evidencia escrita que ampara la pérdida correspondiente (si han transcurrido más de tres años, se usará como referencia el tiempo mínimo permitido por la ley de la provincia en la que reside la persona asegurada).

**Designación o Cambio de Beneficiario:** Sujeto a las restricciones legales correspondientes, toda persona asegurada elegible, podrá designar a un beneficiario para recibir el pago de los beneficios por defunción cubiertos por esta póliza; o bien, mediante previa notificación por escrito, podrá remover de la póliza a cualquier beneficiario que ya se encuentre designado. La aseguradora no aceptará la validez de ninguna designación, o cambio de beneficiario, hasta que la parte designada para salvaguardar el registro de beneficiarios, reciba una carta original notificando la designación del beneficiario, o un duplicado de la misma. La aseguradora no reconocerá como válida ninguna asignación de intereses, antes de recibir la carta de asignación original, o una copia de la misma. La aseguradora no asumirá ninguna responsabilidad por la validez o la suficiencia legal de dicha designación, o modificación de la designación del beneficiario.

**Conformidad con las Leyes de la Provincia:** Toda condición estipulada en esta póliza, que en su fecha efectiva de ejecución se encuentre en conflicto con las leyes de la provincia en la que la póliza fue expedida y entregada, o fue expedida para su entrega; se considerará por este medio enmendada, de modo que cumpla con los requisitos mínimos establecidos en dicha provincia.

**Leyes de Compensación al Laboral:** Esta póliza no substituye, ni modifica, los requisitos de cobertura establecidos por la Ley de Compensación Laboral.

#### CONDICIONES Y LIMITACIONES GENERALES

**El Contrato.** La Solicitud, esta Póliza, cualquier documento anexo a esta Póliza en el momento de expedición; así como toda enmienda al contrato, realizada de común acuerdo y por escrito, después de la expedición de la Póliza; constituyen la totalidad del contrato. Ningún agente o representante tiene autoridad para modificar el contrato, o para anular la validez, o exentar el cumplimiento, de alguna de sus condiciones.

**Exención de Obligaciones.** En ningún caso se considerará que la Aseguradora otorgó la anulación, o exención, parcial o total, de cualquiera de las condiciones del contrato; salvo que ello se exprese, claramente y por escrito, incluyendo la firma de la Aseguradora.

**Pago de la Prima.** El importe completo de la prima deberá pagarse en el momento en que Usted solicite la expedición de la póliza de seguro. Si por alguna razón, la prima pagada por la cobertura que se solicitó, es incorrecta; la aseguradora procederá a hacer lo siguiente: a) determinar y cobrar la diferencia; b) reducir el Período de Cobertura si no es posible cobrar la diferencia adeudada por la prima; o bien, c) reembolsar el saldo del excedente del pago. Si la institución financiera correspondiente se negara a respaldar Su pago, la Cobertura quedará anulada. La

prima se calcula en base al tipo de prima más actualizado en la fecha en que usted solicite la cobertura; además de Su edad y la Fecha Efectiva. Nos reservamos el derecho de declinar cualquier solicitud de una póliza de seguro.

**Arbitraje.** Todas las controversias relativas a alguna opinión médica, serán resueltas entre dos peritos médicos designados por ambas partes. La resolución de dicha disputa se hará por escrito. Toda diferencia de opinión entre los dos peritos médicos, será turnada a un árbitro, que será designado por ambos peritos médicos, por escrito, al inicio del proceso.

**Procedimientos Jurídicos.** No se iniciará ningún procedimiento jurídico hasta 60 días después de la correcta presentación de una reclamación. Toda acción jurídica deberá iniciarse dentro de los tres años siguientes a la fecha de inicio del tratamiento.

Esta póliza estará sujeta a los dispuesto en las leyes de Canadá y de la Provincia de Alberta; por lo que toda disputa relacionada con esta póliza, Será resuelta en los tribunales de la Provincia de Alberta.

**Falsificación y Fraude.** Podrán anularse todos los beneficios cubiertos por la póliza, si la aseguradora determina que, antes o después de ocurrida la pérdida, la Persona Asegurada ocultó, o falsificó la evidencia material o circunstancial concerniente a esta póliza, o sus intereses en relación a la misma. O bien, en caso de fraude o falso testimonio por parte de usted; o en caso de que usted se rehuse a revelar información, o a permitir el uso de información relativa a cualquiera de las Personas Aseguradas por la póliza. La forma de solicitud, completa y firmada, es la base de la póliza y es también parte de ella; por lo que cualquier respuesta errónea se considerará como un acto de falsificación. De acuerdo con lo estipulado en esta póliza, toda reclamación relacionada con cualquier hecho material o circunstancial, que se haya ocultado o falsificado, no será objeto de ningún pago. Por lo que usted será el único responsable por todos los gastos relacionados con su reclamación, incluyendo los costos de evacuación médica de emergencia.

**Pago de Beneficios.** La administradora de reclamaciones, en nombre de la aseguradora, realizará todos los pagos, directamente a la persona asegurada o su representante legal; o directamente al proveedor del tratamiento o los servicios. El pago se hará en moneda canadiense.

**Reembolsos.** Los reembolsos se calculan de manera proporcional, a partir de la fecha del sello postal que aparezca en Su carta de petición; o en la fecha en que el Administrador del Plan reciba dicha petición por fax o correo electrónico, sujeto a una devolución mínima de \$10.00.

**Obtención de Autorización Previa.** En todos los casos, la hospitalización de pacientes internados y pacientes por día; así como los Servicios especiales para pacientes externos, deberán ser previamente autorizados y dispuestos por Norfolk Mobility Benefits Inc., o por el proveedor de la asistencia médica.

#### Terminación por Parte de la Aseguradora.

- 1) La aseguradora podrá dar por terminado este contrato en cualquier momento, mediante la entrega de una notificación por escrito que así lo indique a la Persona Asegurada y con un mínimo de 30 días de anticipación.
- 2) La notificación de la terminación del contrato podrá ser enviada a la Persona Asegurada por correo, fax, o correo electrónico. O bien, cuando una tercera parte haya enviado la forma de suscripción, se podrá notificar a dicha parte por correo ordinario, fax, o correo electrónico.
- 3) La terminación del contrato se hará efectiva al final del término corriente por el que se haya pagado la prima correspondiente..

**Extensión de la Póliza.** El Período Máximo de Cobertura disponible para esta Póliza, es de 365 días

consecutivos a partir de la Fecha Efectiva. Toda solicitud para la extensión de la póliza, deberá presentarse ante el Administrador del Plan, antes de la Fecha de Terminación de Su cobertura actual. Si la institución financiera correspondiente se negara a respaldar Su pago, se anulará la entrada en vigor de la cobertura para la extensión de esta póliza.

Las Personas Aseguradas que regresen de manera permanente a su País de Origen, podrán seguir gozando de la cobertura de la póliza por un plazo de 90 días consecutivos; siempre y cuando se haya pagado la prima correspondiente, antes de la partida de la persona asegurada. La Aseguradora no se hará responsable por ninguna reclamación presentada en el plazo para el que no se haya pagado la prima correspondiente.

**Continuación Automática de la Cobertura.** Si por causas cuya responsabilidad no pueda ser atribuida a la Persona Asegurada, la Persona Asegurada sufriera alguna demora inevitable, más allá de la fecha de vencimiento del Período de Cobertura; la Póliza permanecerá vigente automáticamente, sin el cargo de ninguna prima extra y por un plazo que no sea mayor a:

- a) 72 horas, cuando la demora ocurra mientras viaja como pasajero con boleto pagado en un medio de transporte público autorizado, o en un vehículo privado; siempre y cuando la demora se deba a alguna falla mecánica, Accidente de tráfico, o a malas condiciones climatológicas.
- b) El período de confinamiento como paciente internado en un Hospital. O bien, el período durante el que a Usted le sea imposible viajar por razones médicas consideradas aceptables por la Administradora de Reclamaciones. Se otorgará una extensión adicional de 72 horas, a partir del momento en que se le dé de alta en el Hospital, o reciba la aprobación médica necesaria para viajar.

#### **Subrogación de Derechos**

Si una persona asegurada sufre una pérdida cubierta por esta póliza; la persona asegurada otorgará a la aseguradora el derecho de iniciar las acciones necesarias para defender los derechos, facultades, privilegios y recursos de la persona asegurada; en la medida del pago de los beneficios cubiertos por esta póliza y en contra de cualquier persona u organización responsable por dicha pérdida. Además, si la persona asegurada no cuenta con beneficios de responsabilidad,

u otras fuentes colaterales para solventar los gastos correspondientes; y no obstante la atribución de responsabilidad; se otorgará a la aseguradora el derecho de presentar una demanda por dichos beneficios, y de proceder a su recuperación. Si la aseguradora emprendiera una acción, la aseguradora podrá hacerlo asumiendo los costos relacionados, en nombre de la persona asegurada. Además, la persona asegurada deberá estar presente en el lugar donde ocurrió la pérdida, para ayudar en el proceso. Si la persona asegurada iniciara una demanda o una acción jurídica relativa a una pérdida cubierta, deberá notificar de inmediato a la aseguradora para que le sea posible proteger sus derechos. La persona asegurada no emprenderá ninguna acción jurídica posterior a la pérdida, que pudiera ser en perjuicio de los derechos de la aseguradora.

#### **Condiciones Estatutarias**

La solicitud, la póliza, cualquier documento anexo a la póliza en el momento de expedición; así como toda enmienda al contrato, realizada de común acuerdo y por escrito, después de la expedición de la póliza; constituyen la totalidad del contrato.

Toda condición estipulada en esta póliza, que en su fecha efectiva de ejecución se encuentre en conflicto con las leyes de la jurisdicción en la que la póliza fue expedida, se considerará por este medio enmendada, de modo que cumpla con los requisitos mínimos establecidos en dichas leyes.

#### **Identificación de la Aseguradora/Acción Jurídica Contra la Aseguradora**

Esta póliza de seguro se formuló de acuerdo con la autorización otorgada a quien suscribe, por parte de diversas compañías de seguros afiliadas a Lloyd's; cuyos miembros definitivos y proporciones afianzadas, pueden corroborarse con referencia a esta póliza, la cual muestra el sello del Oficial Encargado de la Firma de Pólizas, designado por Lloyd's; y que ha sido certificado por el Apoderado de la Aseguradora en Canadá, y a quien se puede visitar en la oficina de quien suscribe. Las compañías aseguradoras señaladas en dicho contrato, según lo aquí estipulado, serán responsables, cada una de su propia parte y no una por la parte de la otra, en proporción y relación a las diversas sumas suscritas por cada una de ellas en dicho contrato.

## **ANEXO B – PROCEDIMIENTO DE QUEJA PARA EL TITULAR DE UNA PÓLIZA DE LLOYD’S**

En caso de que el titular de la póliza desee presentar una queja relativa a la póliza de Lloyd’s, ejecutada a través de sus corresponsales; el titular de la póliza deberá recibir el siguiente Protocolo de Quejas de Lloyd’s:

### **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si usted tiene una queja relativa a cualquier aspecto de su Póliza Lloyd’s, sírvase notificar de ello al corredor/agente que preparó su póliza. Si no está satisfecho, sírvase enviar su queja, por escrito, a:

Lloyd’s Canada Inc.  
Broker & Management Services  
1155 rue Metcalfe, Suite 1540  
Montreal, Quebec H3B 2V6

Tel: 1-877-4LLOYDS  
Fax: (514) 861-0470  
Email: [lineage@lloyds.ca](mailto:lineage@lloyds.ca)

Su queja, por escrito, será turnada al Departamento de Quejas de Lloyd’s, en Londres. Este Departamento actúa como un mediador imparcial y se encarga de asegurar que las Aseguradoras Afiliadas a Lloyd’s y sus representantes, manejen las reclamaciones y las quejas de manera adecuada. Cuando inicia la revisión de un caso, este Departamento toma en cuenta los principios legales generales correspondientes, las normas de conducta de la industria de seguros; y se cerciora de la justa evaluación de los hechos concernientes al caso en cuestión.

### **RESIDENTES DE ONTARIO**

Usted puede solicitar la intervención del Mediador Especial para Seguros. Para ello, solicite una carta al corredor/agente que preparó su póliza (especificando su posición final respecto a la queja que usted presentó), y envíe dicha carta, junto con su queja por escrito, a:

Insurance Ombudsman  
Financial Services Commission of Ontario  
Box 85, 5160 Yonge Street  
North York, Ontario M2N 6L9  
Fax: (416) 590-8480

## **NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD**

Norfolk Mobility Benefits Inc. reconoce y respeta el derecho de cada persona a proteger la confidencialidad de su vida privada. Cuando usted solicita su cobertura, o presenta una reclamación, nuestra compañía abre un expediente confidencial que contiene información acerca de su persona. El uso de dicha información nos permite administrar el plan de beneficios individuales cuya cobertura le ampara. Esto incluye diversas tareas, por ejemplo:

- Determinar su elegibilidad para la cobertura proporcionada por el plan que eligió.
- Efectuar su suscripción para obtener la cobertura.
- Evaluar sus reclamaciones y tramitar sus pagos.
- Administrar sus reclamaciones.
- Comprobar y revisar la elegibilidad y las reclamaciones.
- Actividades relacionadas con la emisión de pólizas de seguro; como determinar el costo del plan y analizar las opciones de diseño del plan.
- Preparación de reportes reglamentarios; como los comprobantes fiscales.

El acceso a la información contenida en su expediente se limita al personal de Norfolk Mobility Benefits Inc., o personas autorizadas por Norfolk Mobility Benefits Inc., que necesitan el acceso a dicha información como parte de sus obligaciones; a las personas a quienes usted les haya otorgado acceso; y las personas autorizadas legalmente para ello. También es posible que se realice el intercambio de información entre Norfolk Mobility Benefits Inc., la institución de salud que le brinda atención, otras compañías aseguradoras y reafianzadoras y el administrador de su plan de seguro; en los casos en que sea necesario el acceso a dicha información para administrar el plan de beneficios colectivos.