

ISEP facilita la presente traducción como cortesía para nuestros participantes hispanoparlantes. El objetivo es ayudarlo a comprender mejor los beneficios de su seguro de salud.

EN CASO DE CONTROVERSIA, LA VERSIÓN EN IDIOMA INGLÉS DE ESTA PÓLIZA DE ISEP SERÁ EL ÚNICO CONTRATO CON VALIDEZ LEGAL.

INTERNATIONAL EDUCATIONAL EXCHANGE SERVICES



PROGRAMA INTERNACIONAL DE INTERCAMBIO ESTUDIANTIL

Póliza No. IES-00002

Administrado por: International Educational Exchange Services
Respaldata por: BCS Insurance Company

En la presente Descripción de cobertura se detallan brevemente los términos y condiciones de la póliza. Las cláusulas completas relacionadas con este seguro están detalladas en la Póliza Principal archivada por el administrador de IEES y por la Organización Participante. En caso de que surja algún conflicto entre esta Descripción de cobertura y la Póliza principal, prevalecerá la Póliza.

La cobertura comenzará a partir de las 12:01 AM de la fecha de entrada en vigencia (por favor, vea la tarjeta de identificación). A partir de ese momento, el seguro estará vigente las 24 horas del día, en todo el mundo, excepto cuando la persona, cubierta por esta póliza, esté en su país de origen o en el de residencia habitual. La cobertura concluirá en cualquiera de las siguientes fechas, la que ocurra primero: (1) la fecha en la que concluye la Póliza principal; o (2) la fecha de vencimiento de la prima y siempre que la misma no haya sido pagada; o (3) la fecha en la que la persona cubierta por la póliza no cumpla con los requisitos de elegibilidad; o (4) la fecha en la que la persona cubierta solicite la cancelación de la cobertura. La cobertura concluirá el último día estipulado en el seguro a las 12:01 AM.

Un Participante elegible puede registrar a sus dependientes elegibles el día que da de alta a la cobertura, dentro de los 31 días a partir de fecha en la que el/la dependiente elegible arriba al país asignado o dentro de los 31 días a partir de la fecha en que contrajeron matrimonio legalmente. Los recién nacidos deben darse de alta dentro de los 31 días a partir de la fecha de nacimiento o de entrega en adopción.

Cobertura de los recién nacidos El hijo recién nacido de un participante elegible automáticamente estará cubierto durante 31 días a partir del momento de su nacimiento, siempre y cuando el nacimiento se produzca mientras la cobertura esté vigente, y conforme a las coberturas y montos del seguro, según lo especificado en la Póliza para dependientes elegibles. Para extender la cobertura de un recién nacido después de los 31 días posteriores al nacimiento, (1) deberá entregarse una notificación del nacimiento del niño dentro de los 31 días a partir de la fecha del nacimiento y (2) nosotros debemos recibir la prima requerida (si hubiere que pagar alguna). En caso de no cumplir con los puntos (1) y (2) antes mencionados, la cobertura del recién nacido finalizará 31 días después de la fecha de su nacimiento.

Descripción de la Cobertura

Si una persona en plena cobertura de la póliza incurre en gastos por lesión o enfermedad, la empresa se hará cargo de los gastos usuales, habituales y razonables correspondientes a todos los gastos médicos cubiertos necesarios desde el punto de vista médico enumerados más abajo. Todos los gastos médicos cubiertos incurridos como consecuencia de éste o por alguna causa relacionada, incluyendo complicaciones, se considerará que es consecuencia de una enfermedad o lesión. El monto pagadero por cualquier lesión o enfermedad no excederá el límite del beneficio máximo de \$300,000. Los beneficios están sujetos al monto deducible y a los porcentajes de coseguros, a los beneficios establecidos conforme a los gastos médicos cubiertos, a las limitaciones que surgen conforme a los límites de los gastos médicos cubiertos, a las exclusiones de la póliza general, a la limitación por condiciones preexistentes y a todas las otras limitaciones y disposiciones establecidas en la Póliza.

Los gastos deben incurrirse dentro de las 52 semanas posteriores a la fecha en la que se prestó el tratamiento por primera vez, posterior a la fecha de entrada en vigencia del seguro de la persona cubierta.

Descripción de los Beneficios

De cuidados médicos básicos	100% de los primeros \$25,000 correspondientes a los gastos cubiertos
De cuidados médicos complejos y complementarios	80% de los siguientes \$31,250 correspondientes a los gastos cubiertos
De cuidados médicos en casos terminales	100% de los siguientes \$250,000 correspondientes a los gastos cubiertos
Monto deducible*	\$25

*El deducible es el monto en dólares correspondiente a los gastos médicos elegibles que deben incurrirse como gastos personales de cada persona cubierta sobre la base por lesión o enfermedad antes de que ciertos beneficios sean pagaderos conforme a esta póliza.

Gastos médicos cubiertos

- Honorarios por diagnóstico o tratamiento realizado por un médico, cirujano, enfermera matriculada, anestesista o radiólogo profesional.
- Se permite un gasto de hasta el 20% de la asignación por cirugía para el pago de cirujanos auxiliares
- Gastos hospitalarios.
- Pruebas de laboratorio, diagnóstico y placas radiográficas.
- Medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.
- El arrendamiento de equipos médicos durables o la compra de este tipo de equipos, lo que resulte más económico.
- Mamografía anual
- Evaluación citológica cervical anual. (Papanicolau)
- Atención médica preventiva y primaria (dependientes menores de 18).
- Atención médica domiciliaria. (Debe ser posterior a una internación de por lo menos 3 días).
- Cirugía reconstructiva de mama

Los gastos incurridos por una persona cubierta en virtud de una cirugía reconstructiva de mama tal como se describe más abajo se consideran como gastos cubiertos y serán pagaderos conforme a esta Póliza del mismo modo que cualquier otra cirugía, siempre que dicha cirugía reconstructiva sea necesaria como resultado de una enfermedad cubierta. Asimismo, los gastos cubiertos para la cirugía reconstructiva de mama incluirán el costo de las prótesis. Si esta Póliza cubre los gastos de placas radiográficas o de radioterapia de los pacientes ambulatorios, entonces el costo de la quimioterapia de las pacientes externas posteriores a una cirugía reconstructiva de mama realizada en relación con el tratamiento de un cáncer de mama también se incluirá como gasto cubierto.

- Colonoscopia. Las evaluaciones de cáncer colorectal realizadas conforme a las últimas pautas de evaluación publicadas por la American Cancer Society.

Límites de los gastos médicos cubiertos

- El pago de los gastos de hotelería en el Hospital, que incluye todos los gastos generales de enfermería se limitarán a los cargos normales del Hospital para habitaciones semi-privadas. Los gastos de la unidad de cuidados intensivos se limitarán al doble del costo diario de una habitación semi-privada.
- Las drogas y los medicamentos de los pacientes ambulatorios que requieran prescripción médica y que solamente puedan ser administrados por un farmacéutico matriculado se abonarán con un 50% de descuento.
- Los gastos incurridos por el tratamiento de enfermedades mentales se limitan al tratamiento de pacientes hospitalizados o en residencias ya sea en un hospital o complejo residencial no hospitalario por un máximo de 45 días. Los pacientes ambulatorios tendrán un beneficio del 75% sobre los gastos cubiertos para las 40 primeras consultas y del 60% para las posteriores.
- Los gastos incurridos por el tratamiento por drogadicción y alcoholismo se limitan a 28 días en el caso de pacientes hospitalizados o a la atención domiciliaria en un hospital o complejo residencial no hospitalario y hasta 30 consultas como paciente ambulatorio. El proceso a través del cual una persona intoxicada con drogas o alcohol o que sea

drogadicta o alcohólica asistida a lo largo del plazo necesario para eliminar el agente intoxicante del cuerpo, tendrá una cobertura de hasta 12 días.

- La interrupción terapéutica o por elección de un embarazo, hasta \$500.
- Servicio de traslado en ambulancia por tierra o aire al hospital más cercano hasta \$1,000.
- Los gastos incurridos por psicoterapia, incluyendo acupuntura, serán pagaderos hasta a) un máximo de \$2,500 en el caso de pacientes hospitalizados y b) un máximo de \$1,000 para los pacientes ambulatorios.
- Tratamiento odontológico (a) cuando lo realiza un médico y (b) cuando sea necesario por una lesión causada en la dentadura legítima y natural se limitará a \$250 por diente y por lesión. Los tratamientos odontológicos de rutina y el tratamiento de encías no están cubiertos.

Beneficios complementarios

Muerte accidental y Mutilación - \$25,000 para el Participante, \$10,000 para el cónyuge, \$5,000 por hijo

Si, dentro de los 365 días de producido un Accidente cubierto por esta Póliza conforme a la Descripción de la cobertura a la que se aplica este beneficio, una lesión corporal resulta en alguna de las siguientes pérdidas, la Compañía pagará el monto del beneficio detallado al lado de dicha pérdida en la Tabla de Beneficios. Si la persona cubierta perdiera más de un miembro como resultado de un accidente, la Compañía pagará la suma más alta a la que tenga derecho la persona cubierta.

Tabla de beneficios

Pérdidas cubiertas

Fallecimiento.....	El monto asegurado
Pérdida de dos o más miembros.....	El monto asegurado
Pérdida de la vista en ambos ojos.....	El monto asegurado
Pérdida de un miembro y de la vista de un ojo...	El monto asegurado
Pérdida del habla y de la audición en ambos oídos...	El monto asegurado
Pérdida de un miembro o de la vista de un ojo...	La mitad del monto asegurado
Pérdida del habla.....	La mitad del monto asegurado
Pérdida de la audición en ambos oídos....	La mitad del monto asegurado
Pérdida del dedo pulgar y del índice de la misma mano.....	Una cuarta parte del monto asegurado

Pérdida de la mano o del pie se refiere a la amputación total del miembro o por encima de la muñeca o del tobillo.

La pérdida total de la visión se refiere a la pérdida total y permanente de la vista del ojo. La pérdida de la vista debe ser irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. La pérdida del dedo pulgar y del índice se refiere a la amputación total o por encima de la articulación metacarpo falangeal (las articulaciones entre los dedos y la mano).

“Amputación” se refiere a la separación y mutilación del miembro del cuerpo.

Gasto de pasaje aéreo para familiares

La Compañía pagará hasta \$2,500 si el asegurado es hospitalizado por lo menos siete (7) días debido a un accidente o enfermedad. El beneficio se otorgará para pagar el pasaje aéreo de ida y vuelta (clase turista) al país donde viva alguno de los

padres, cónyuge, hermano/a (mayor de 21) o tutor, así como los gastos de hotel y comidas por hasta un máximo de \$75 por día.

En caso de muerte o accidente o enfermedad en el que esté en juego la vida del padre/madre, cónyuge, hijo/a, hermano/a o tutor que requiera que el asegurado regrese a su hogar después de arribar a su lugar de ubicación, la Compañía hará todos los arreglos necesarios y pagará el pasaje aéreo (clase turista) para su regreso desde el país de anfitrión al punto de partida de su país de origen. IEES debe tener conocimiento y aprobar el vuelo y, a su vez, debe gestionar dicho viaje. No se aceptan reclamos retroactivos. Este beneficio se limita a \$2,500.

Derecho de subrogación (NO es aplicable a residentes de California o Arizona)

Si la persona cubierta se lesiona o enferma como consecuencia de un acto producido por otra persona, y si los beneficios por dicha lesión o enfermedad son pagaderos conforme a esta Póliza, entonces en la medida que la persona cubierta recobre por la misma lesión o enfermedad de un tercero, la compañía de seguros de ésta o el seguro de la persona cubierta por conductores sin seguro automovilístico, BCS Insurance Company tendrá derecho al reembolso de todos los beneficios que hayan pagado hasta la suma de dicho monto de indemnización. Además, BCS Insurance Company tiene derecho de reducir beneficios posteriores pagaderos a la persona cubierta conforme a la Póliza contra dicha indemnización.

Red de prestadores preferidos (solamente dentro de EE.UU.)

Esta póliza utiliza la red de hospitales y médicos de Hygeia Corporation Preferred Provider con el fin de prestar servicios sanitarios de calidad. **NO** tiene la obligación de utilizar los servicios de la red PPO, pero si visita la página de Internet de Hygeia www.hygeia.net y selecciona "Búsqueda de Prestadores Públicos" (Public Provider Search) podrá hallar información sobre los prestadores.

Exclusiones de la Póliza General

Esta póliza no cubre pérdidas, cargos o gastos producidos o que resulten de:

1. Limitación por Condiciones Preexistentes: la póliza no paga beneficios por pérdidas producidas por condiciones preexistentes durante los primeros 6 meses de la cobertura, con excepción de lo dispuesto a continuación:
la Póliza pagará los gastos médicos cubiertos incurridos relacionados con condiciones preexistentes de una persona cubierta durante los primeros 6 meses de la cobertura, sujetos a un beneficio máximo de \$50,000. Una vez cumplido este plazo de seis meses conforme a la Póliza, las condiciones preexistentes contarán con la misma cobertura que cualquier otra lesión o enfermedad.
2. Gastos incurridos en el país de origen o de residencia habitual de la persona cubierta.
3. El tratamiento o los servicios prestados por cualquier miembro de la familia directa de la persona cubierta, o para aquellos que habitualmente no se cobran.
4. Los exámenes médicos y pruebas de rutina, las pruebas o tratamientos preventivos, los exámenes o pruebas en ausencia de lesión o enfermedad.
5. Los tratamientos por elección y las pruebas voluntarias.
6. El diagnóstico y tratamiento del mal funcionamiento de las ATM o de irregularidades esqueléticas en una o ambas mandíbulas, incluyendo la ortognatia y la retrognatia mandibular.

7. La atención o los tratamientos odontológicos que no sean el cuidado de los dientes legítimos y naturales y de las encías que deban realizarse como consecuencia de una lesión producida por un accidente mientras que la persona cubierta está asegurada conforme a esta póliza y que sean prestados dentro de un plazo de 12 meses posterior al accidente.
8. Los exámenes de la visión, la receta o ajuste de anteojos y lentes de contacto; anteojos, lentes de contacto u otro tratamiento por defectos o problemas visuales, excepto según lo requerido como resultado de una lesión cubierta. "Defectos visuales" se refiere a todo defecto físico del ojo que afecta o puede afectar la visión normal.
9. Los exámenes o las prótesis auditivas; u otro tratamiento para defectos y problemas en la audición, excepto según lo dispuesto como resultado de una lesión cubierta. "Defectos auditivos" se refiere a todo defecto físico en el oído que afecta o puede afectar la audición normal.
10. El cuidado habitual de los pies, incluyendo el tratamiento de callos, callosidades y juanetes.
11. El tratamiento de anomalías o condiciones genéticas que surjan o resulten directamente de éstas.
12. El diagnóstico y tratamiento del acné.
13. La cirugía plástica, excepto cuando se trata de una cirugía plástica que la persona cubierta requiere como consecuencia de un accidente ocurrido mientras la persona estaba asegurada por esta Póliza o en el caso de una cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una enfermedad o anomalía congénita del recién nacido a cargo que resulta en un defecto funcional.
14. El diagnóstico y tratamiento por infertilidad.
15. La cirugía de la nariz o del seno (a menos que se requiera por alguna lesión producida por un accidente mientras la persona cubierta está asegurada conforme a la presente Póliza).
16. La atención de rutina del recién nacido, una atención adecuada del bebé y los cargos médicos relacionados.
17. Una guerra o cualquier acto de guerra, declarado o no; o mientras se prestan servicios en las fuerzas armadas de cualquier país (se reembolsará una prima proporcional por el período en el que se prestó dicho servicio).
18. La participación en un revuelo o levantamiento civil, pelea o riña, excepto que sea en defensa propia; el encargo o intención de cometer un delito grave.
19. Suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas en forma intencional independientemente de que la persona esté en su sano juicio o no.
20. Paracaidismo de caída libre, paracaidismo, aladeltismo, volar en un planeador, volar en paracaídas, salto con cables elásticos o vuelos en cualquier tipo de aeronave, excepto cuando se vuela como pasajero que abonó su pasaje en una aerolínea de programación habitual.
21. Transplante de órganos.
22. Control de natalidad, incluyendo procedimientos quirúrgicos y dispositivos.
23. Tratamiento en el que no incurre una persona asegurada mientras está asegurada conforme a esta póliza.
24. Los cargos que sean deducibles o que superen el nivel de coseguro, o aquellos cargos usuales, habituales y razonables.
25. Curas de sueño o atención supervisada (prescritos por un médico o no) o transporte.

Definiciones

A menos que se especifique lo contrario en algún otro lugar, cada vez que se utilice en esta Póliza:

Accidente significa un incidente repentino, inesperado e involuntario. "Accidente cubierto" significa un accidente que produzca una lesión o pérdida cubierta por esta Póliza.

BCS Insurance Company o La Compañía se mencionará como "Nosotros", "Nuestra" o "Nos".

Persona cubierta significa toda persona elegible y, cuando sea aplicable, dependientes elegibles que solicita o por quien se solicita y dicha solicitud es aprobada para que participe de los planes de beneficios conforme a la presente Póliza, siempre que la prima requerida por el seguro de dicha persona o dependientes se abone cuando corresponda.

Hospital significa una institución legalmente constituida que cuenta con instalaciones organizadas para la atención y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas sobre una base de pacientes hospitalizados registrados, incluyendo instalaciones para el diagnóstico y cirugía bajo la supervisión de un personal o de uno o más médicos y que brinda servicios de enfermería prestados por enfermeras matriculadas de turno o disponibles las 24 horas.

Lesión significa daño corporal accidental ocurrido a la persona cubierta que resultó en forma directa e independiente de todas las otras causas de un accidente y que ocurre durante la vigencia de la cobertura en virtud de esta Póliza.

Paciente hospitalizado se refiere a la internación por la que se cobra un día completo de alojamiento a la persona cubierta.

Unidad de cuidados intensivos se refiere a una sección, guardia o ala dentro de un Hospital separado de otras instalaciones del Hospital y (1) funciona exclusivamente para proporcionar tratamiento profesional a pacientes críticos; (2) cuenta con insumos y equipos especiales necesarios para dicho tratamiento de reserva disponibles para su uso inmediato; (3) proporciona alojamiento y observación constante por parte de enfermeras matriculadas u otro personal hospitalario especialmente capacitado y (4) no tiene por objeto prestar tratamiento o servicio de recuperación pos operatoria normal.

Necesarios desde el punto de vista médico o necesidad médica se refiere a los servicios y suministros prestados por un hospital, médico u otro prestador que deben identificar o tratar una lesión (o enfermedad) y que, según lo determinado por la Compañía, son: (1) consistentes con el síntoma o diagnóstico y tratamiento de la lesión (o enfermedad); (2) apropiado con respecto a los estándares de las buenas prácticas médicas; (3) que no sean únicamente convenientes por la persona cubierta; (4) el suministro o nivel de servicio apropiado que puede prestarse en forma segura. Cuando se lo aplica a la atención de un paciente hospitalizado, también significa que los síntomas o condiciones médicas de la persona cubierta requieren que los servicios pueden no prestarse como paciente ambulatorio en forma segura.

Enfermera se refiere a una persona matriculada o certificada por el State Board of Nurse Examiners u otra autoridad gubernamental en el estado en el que se desempeña, para ejercer como tal y que ejerce dentro del alcance y las limitaciones de dicha certificación. El término Enfermera no incluirá a la Persona Cubierta o a su cónyuge, hijos, hermanos, hermanas o padres ni a ninguna persona que resida en su hogar.

Instalaciones quirúrgicas para pacientes ambulatorios se refiere a un centro médico o quirúrgico que posee (1) instalaciones quirúrgicas permanentes, (2) personal médico o médicos y enfermeras matriculadas organizados y (3) está

autorizado por la legislación de la jurisdicción en la que está ubicada para prestar servicios quirúrgicos y está certificada (si no se requiere certificación, oficialmente aprobada) conforme a la ley.

Médico se refiere a un facultativo del arte de sanar debidamente certificado en el estado en el que ejerce y que presta tratamientos dentro del alcance y las limitaciones de dicha certificación. El término Médico no incluirá a la Persona Cubierta o a su cónyuge, hijos, hermanos, hermanas o padres ni a ninguna persona que resida en su hogar.

Condiciones preexistentes se refiere a una condición por la que la persona cubierta recibió tratamiento, atención o asesoramiento médico dentro de los 6 meses antes de estar asegurado por esta Póliza.

Enfermedad se refiere a una afección o enfermedad contraída y que provoca pérdida a la persona cubierta y en cuya enfermedad se basa el reclamo. Toda complicación o condición que surja de una enfermedad para la que la persona cubierta recibe o ha recibido tratamiento será considerada como parte de la enfermedad original.

Tratamiento se refiere a un examen físico o atención prestada a la persona cubierta en el consultorio u hospital.

Discapacidad absoluta se refiere a la persona cubierta/el/la asegurado/a, que de otro modo estaría empleado.

1) Su discapacidad completa para realizar todas las obligaciones sustanciales y materiales de su empleo habitual; con
2) atención y tratamiento brindado por un médico, y

Se refiere a la persona cubierta, que de otro modo estaría empleado:

1) la discapacidad de una persona para realizar actividades normales que realizan las personas de su misma edad y sexo; con
2) atención y tratamiento por parte de un médico por la lesión o enfermedad que causa la incapacidad; o
3) la internación en el hospital o en su hogar bajo la dirección de su médico debido a una lesión o enfermedad, excepto en el caso de las consultas para recibir un tratamiento médico.

Cargos usuales, habituales y razonables - "habitual" se refiere a aquellos cargos presentados por un prestador por servicios o suministros prestados a todos los pacientes por una Enfermedad o lesión igual o similar; "usuales" se refiere a aquellos cargos presentados por la mayoría de los prestadores en el área por servicios y suministros similares. "razonable" se refiere a aquellos cargos que no superan la mayoría de los honorarios vigentes en el área por servicios o suministros iguales o similares. Área significa un condado o zona geográfica significativamente más grande según lo determinado por la Compañía.

En caso de duda, contáctese:

Administrado por: International Educational Exchange Services (IEES)

P.O. Box 370, Ithaca, NY 14851-0370

NÚMERO GRATUITO 866-433-7462 (dentro de EE.UU.)

Teléfono: 607-272-2707 (llamada por cobrar desde el exterior)

FAX: 607-272-2703

Página en la Internet: www.iees.com

CORREO ELECTRÓNICO: claims@iees.com

EN CASO DE CONTROVERSIA, LA VERSIÓN EN IDIOMA INGLÉS DE ESTA PÓLIZA DE ISEP SERÁ EL ÚNICO CONTRATO CON VALIDEZ LEGAL.