

Worldwide Medical Trust
Seguro de Incapacidad Profesional
(Professional Disability Insurance)

Tabla de Beneficios

BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD

Los Aseguradores pagarán Beneficios por Incapacidad Mensuales a una Persona Asegurada que esté Incapacitada continuamente después que la Persona Asegurada haya satisfecho el Período de Espera y el Período de Eliminación de **noventa (90) días**. Los Beneficios Mensuales por Incapacidad no excederán los Beneficios Mensuales por Incapacidad mostrados en el Certificado de Cobertura y dichos pagos no excederán el Período de Beneficio Máximo de treinta y seis (36) meses. Los Beneficios Mensuales por Incapacidad no son en adición a los Beneficios por Pérdida de Uso Mensuales.

BENEFICIO MENSUAL POR PERDIDA DE USO

Los Aseguradores pagarán Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso a una Persona Asegurada cuando la Persona Asegurada haya satisfecho el Período de Espera y el Período de Eliminación de **noventa (90) días**. Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso no excederán el Beneficio Máximo por Pérdida de Uso mostrado en el Certificado de Cobertura, y dichos pagos no excederán el Período Máximo de Beneficio de **treinta y seis (36) meses** si una Lesión Accidental causa que una Persona Asegurada sufra cualquiera de lo siguiente dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días después del accidente:

Pérdida del Uso de:

1) Una Mano, o 2) Un Pié, o 3) Un Brazo, 4) Una Pierna, o 5) Vista de Ambos Ojos.

Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso no son en adición a los Beneficios Mensuales por Incapacidad, y son pagaderos sólo una vez por Asegurado, durante el tiempo en que este certificado esté en vigor.

BENEFICIO POR INCAPACIDAD EN UNA SUMA TOTAL

Si los Aseguradores han pagado a la Persona Asegurada el Beneficio Mensual por Incapacidad o los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso, no ambos, durante el Período Máximo de Beneficio y a la terminación de dicho Período Máximo de Beneficio la Persona Asegurada todavía permanece Incapacitada como resultado del mismo Accidente o Enfermedad, el certificado entonces pagará a la Persona Asegurada el Beneficio de una Suma Total igual a:

100 veces el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado por la Persona Asegurada en su solicitud para cobertura. (Ejemplo: Si el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado por la Persona Asegurada es de \$5,000, después de estar Incapacitado continuamente por 36 meses este certificado pagará un Beneficio en una Suma Total de \$500,000); o 30 veces el Beneficio por Pérdida de Uso seleccionado por la Persona Asegurada en la solicitud para cobertura: (Ejemplo: si el Beneficio Mensual por Pérdida de Uso seleccionado por la Persona Asegurada es de \$5,000, después de estar continuamente Incapacitada por 36 meses este certificado pagará un Beneficio en una Suma Total de \$150,000). El Beneficio en una Suma Total por Pérdida de Uso es pagadero sólo una vez por Asegurado durante el tiempo en que este certificado esté en vigor.

Sólo un (1) Beneficio en Suma Total es cobrable después de los Beneficios Mensuales por Incapacidad o los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso.

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO

Los Aseguradores prometen pagarle a Usted, el Asegurado, los beneficios proveídos por este seguro cuando el Asegurado haya: a) sufrido una Lesión Corporal o b) sufra una Enfermedad. Todos los beneficios están sujetos al Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Provisiones del Certificado, Definiciones del Certificado, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, Endosos y Enmiendas.

CONSIDERACION

Este certificado es emitido en consideración de la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas deben ser pagadas en Dólares USA. El pago de la prima inicial no constituye una aceptación automática de la solicitud, ni la admisión en el plan de seguro. La aceptación de un solicitante es basada en el criterio de aseguramiento de los Aseguradores. En caso de que una solicitud sea rechazada, la responsabilidad de los Aseguradores está limitada a notificación por escrito al solicitante y el reembolso total de la prima inicial.

COMIENZO DE COBERTURA

La cobertura de seguro se provee después que la solicitud haya sido revisada y aceptada, el certificado emitido, la prima haya sido pagada al Administrador de acuerdo con el modo de pago especificado en la página del Certificado de Cobertura, y la Persona Asegurada haya satisfecho la Provisión de Actividad.

DERECHO A DEVOLVER LA POLIZA EN DIEZ DIAS

Si por alguna razón usted no está satisfecho con este certificado, puede devolverlo al Administrador dentro de diez (10) días después de recibirlo. Debe devolverla al Administrador por correo, o al agente que se la vendió. Entonces el Administrador le reembolsará cualquier prima pagada y el certificado será considerado nulo, como si nunca se hubiera emitido.

FECHA DE VIGENCIA

Este certificado comienza a las 12:01 a.m. Tiempo Estándar de su residencia en la Fecha Efectiva mostrada en el Certificado de Cobertura. Termina a las 12:01 a.m. en la fecha de cualquier renovación de la prima.

NOTA IMPORTANTE SOBRE DECLARACIONES EN LA SOLICITUD.

Por favor, revise la copia de su solicitud, que forma parte de este certificado. Verifique que ninguna historia médica haya sido omitida. Escribanos dentro de diez (10) días si alguna información se muestra incorrecta o incompleta. Este certificado es emitido en base de que las respuestas a todas las preguntas son correctas y completas. Cualquier omisión o declaración incorrecta pudiera causar que los Aseguradores rechazar beneficios, endosar o enmendar, o rescindir la cobertura del Asegurado.

Provisiones del Certificado

ADMINISTRACION DEL CERTIFICADO

El Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, solicitud para cobertura, Provisiones del Certificado, Definiciones del Certificado, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas y cualesquiera Enmiendas o Endosos adjuntos al contrato, constituyen el Contrato Completo entre las partes. La versión en inglés será la oficial y los términos en la versión en inglés mantendrán el control. Los Aseguradores podrán cambiar los procedimientos administrativos mediante notificación por escrito.

AUTORIDAD

Ningún agente, corredor, o persona alguna, tiene autoridad para cambiar el Certificado o desistir de alguna de sus provisiones. Ningún cambio en el Certificado será válido a menos que esté aprobado por escrito por un oficial del Administrador y dicha aprobación sea endosada en el Certificado, o por enmienda firmada por un oficial del Administrador.

PAGO DE RECLAMACIONES

Los Aseguradores harán todos los pagos de reclamaciones directamente al Asegurado. El someter una reclamación fraudulenta será razón para cancelación de la póliza por los Aseguradores

PRESENTANDO UNA RECLAMACION

Una reclamación debe ser presentada dentro de veintiún (21) días del comienzo de una Incapacidad por teléfono, dirección electrónica, facsímile, o por escrito a los Aseguradores, a la dirección de su Administrador, Morgan-White Administrators International, Inc. (la dirección, número de teléfono, número de facsímile y dirección electrónica se encuentran en la página 11 de este certificado), o a una oficina de reclamaciones en su área local designada por los Aseguradores. **La falta de proveer notificación de una reclamación dentro de veintiún (21) días del comienzo de Incapacidad servirá para invalidar su reclamación.** (Vea Exclusión Específica 15) Al recibir su notificación de dicha Incapacidad, el Administrador le proveerá una planilla de reclamación para registrar prueba de la pérdida. La planilla de reclamación debe ser completada y devuelta al Administrador dentro de veintiún (21) días de su fecha en que le fue enviada a Usted. Los beneficios pagaderos bajo este certificado por cualquier pérdida serán pagados a usted cuando el Asegurador haya substanciado la pérdida y serán pagados en Dólares USA.

SUBROGACION

En caso de que usted sufra una pérdida como resultado de negligencia, o responsabilidad de cualquiera otra persona, los

Aseguradores tienen el derecho a recuperar y ser reembolsados por cualquier pago hecho a su favor, hasta que usted haya recuperado el costo parcial o total de la tercera persona culpable por dicha pérdida. Este derecho es conocido como subrogación. Los Aseguradores tienen el derecho a proceder, asumiendo los costos, a nombre del Asegurado, contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo ese certificado, o que puedan ser responsables de proveer indemnificación o beneficios similares a los de este seguro. Los Aseguradores tienen plenos derechos a subrogación.

EXAMENES FISICOS

Los Aseguradores, asumiendo los costos, tendrán el derecho y oportunidad de que un médico examine a cualquier Asegurado cuya lesión física o enfermedad sea la base de una reclamación, cuando y tan a menudo como sea razonablemente requerido mientras una reclamación esté pendiente. El Asegurado hará accesible todos los reportes y archivos médicos a los Aseguradores y, cuando se le requiera, firmará las planillas de autorización necesarias para dar a los Aseguradores un historial médico total y completo. La negación de su médico u hospital a facilitar todos los reportes médicos y archivos disponibles a los Aseguradores pudiera causar que una reclamación válida sea negada o cerrada, debido a la falta de, o insuficiente respuesta por parte de los proveedores médicos del Asegurado.

DISPUTAS Y ACCIONES LEGALES

Las partes acuerdan que cualquiera y todas las disputas, reclamaciones, o controversias que surjan de, o estén relacionadas con ese certificado o supuesta violación, si no es resuelta por las partes, serán sometidos a arbitraje final y obligatorio. Dicho arbitraje se conducirá en la Ciudad de Jackson, Mississippi, EUA, de acuerdo con la Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación de Arbitraje Americana, y su enjuiciamiento o cualquier concesión rendida en dicho arbitraje puede ser registrada en cualquier corte estatal o federal de dicha ciudad. Dicho arbitraje será el único remedio para cualesquiera disputa, reclamación o controversia sobre este certificado. Las notificaciones en conexión con dicho arbitraje y proceso en cualquier proceso judicial relacionado, puede ser servido por entrega personal o correo registrado a los Aseguradores, a la dirección de su Administrador, y al Asegurado a la dirección más reciente que aparezca en los archivos de los Aseguradores, con el mismo efecto que si se hubiera entregado personalmente, enviado por correo registrado o vía courier en dicha ciudad. El Asegurado debe registrar su petición para arbitraje con los Aseguradores dentro de ciento ochenta (180) días del evento que ocasionó la disputa, reclamación o controversia entre las partes. **La falta del Asegurado de enviar dicha notificación a los Aseguradores dentro del período de ciento ochenta (180) días pudiera relevar a los Asegura-**

dores de toda responsabilidad en la disputa, reclamación o controversia. (Vea Exclusión Específica 16.) La responsabilidad de la Compañía en dicho arbitraje estará limitada a las cantidades especificadas en este certificado, con los intereses y costos del procedimiento de arbitraje, si hay alguno, que los árbitros determinen. En ningún momento los Aseguradores serán responsables por daños fuera del contrato, ya sean de representación, sin limitación, como consecuencia, como ejemplo, punitivos o daños legales, por cualquier disputa, reclamación o controversia relacionada con este certificado.

ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para este seguro, usted debe:

- 1) ser menor de 61 años de edad como nuevo solicitante.
- 2) no ser residente permanente o residente permanente de facto de los EUA,
- 3) debe llenar los requisitos de la Provisión Activa y Requerimiento de Fecha Vigente de este certificado,
- 4) debe ser menor de 65 años de edad

Este certificado no está disponible para residentes de los Estados Unidos de América y no ha sido registrado ni aprobado por ninguna autoridad reguladora de seguros en los Estados Unidos de América.

BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD

Las cantidades del Beneficio Mensual por Incapacidad pagaderas bajo este seguro aparecen en la solicitud para cobertura y en la página del Certificado de Cobertura. Los Beneficios Mensuales por Incapacidad están sujetos a las Provisiones del Certificado, Definiciones de la Póliza, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, y Exclusiones Específicas de este certificado.

PERIODOS SUCESIVOS DE INCAPACIDAD

Durante un período de Incapacidad, los Aseguradores considerarán dicha Incapacidad como continua si otros Accidentes o Enfermedades causaran dicha continuidad. Un período continuo de Incapacidad concluye cuando la Persona Asegurada ya no se considera Incapacitada. Los períodos de Incapacidad sucesivos se considerarán como un solo período de Incapacidad a menos que sean debidos a causas no relacionadas o separadas por un tiempo en el cual la Persona Asegurada puede realizar cuatro o más de las Actividades de la Vida Diaria. Un Período de Eliminación separado se aplicará en cada período separado de Incapacidad.

BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PAGADOS EN UNA SOLA SUMA

Si los Aseguradores han pagado a la Persona Asegurada el

Beneficio Mensual por Incapacidad durante el Período Máximo de Beneficio y a la terminación de dicho Período Máximo de Beneficio la Persona Asegurada todavía permanece Incapacitada como resultado del mismo Accidente o Enfermedad, entonces este seguro pagará a la Persona Asegurada el Beneficio en una Sola Suma igual a cien (100) veces el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado por la Persona Asegurada en la solicitud para cobertura. (Ejemplo: si el Beneficio Mensual por Disability seleccionado por la Persona Asegurada es \$5,000, después de estar continuamente incapacitado por treinta y seis (36) meses, este seguro le pagará una Suma Total de Beneficio de \$500,000.) Vea la Terminación de Beneficios Mensuales por Incapacidad cuando la Persona Asegurada llega a los 65 años de edad.

TERMINACION DE LOS BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD Y POR PERDIDA DE USO

Los Beneficios Mensuales por Incapacidad cesarán para la Persona Asegurada en lo primero de:

- 1) la fecha en que la Persona Asegurada ya no está Incapacitada.
- 2) la fecha en que la Persona Asegurada fallece.
- 3) el Período Máximo de Beneficio se ha agotado.
- 4) la Compañía determine que se ha cometido una representación falsa.
- 5) la prima no ha sido pagada.
- 6) La fecha del aniversario del certificado después que el Asegurado llega a la edad de 65 años. (Vea Exclusión Específica 18.)

Si una Persona Asegurada Incapacitada llega a los 65 años de edad y los Beneficios Mensuales de Incapacidad terminan antes que los treinta y seis (36) Beneficios Mensuales de Incapacidad consecutivos se hayan pagado, el Beneficio de una Suma Total no se pagará.

PROVISION DE ACTIVIDAD

La Persona Asegurada debe estar físicamente activa en la Fecha de Vigencia programada para cobertura. Si la Persona Asegurada no satisface la Provisión Activa de este certificado, la cobertura no será vigente hasta el momento en que la Persona Asegurada esté físicamente activa.

LEY GOBERNANTE

Cualquier asunto relacionado con la interpretación de este certificado, incluyendo cualquier asunto relacionado con las representaciones del Asegurado en conexión con la solicitud para cobertura o emisión de este certificado, será resuelto de acuerdo con las leyes del Estado de Mississippi.

ELIMINACION

Si cualquier provisión de este certificado resulta ser inaplicable, dicha provisión será considerada eliminada del resto de las Provisiones de este certificado, y las provisiones remanentes estarán y permanecerán en plena vigencia y efecto.

CONDICIONES DE RENOVACION

Este certificado es un contrato anual, el cual puede ser renovado, hasta su terminación, en la fecha del aniversario, según se expone a continuación:

- 1) si ninguna de las partes notifica la cancelación al menos un mes antes de la renovación.
- 2) la prima ha sido pagada antes de la fecha de vencimiento, y
- 3) ninguna condición de este certificado ha sido violada por el Asegurado.

Los Aseguradores, mediante un corredor asignado, ofrecerá renovar este certificado con las tarifas y términos prevalentes al momento para la Clase del Asegurado.

Dicha oferta puede ser aceptada mediante el pago de la prima de renovación dentro de treinta (30) días de la fecha de renovación. Al recibir el pago de cada renovación, un Nuevo Certificado de Cobertura será emitido como evidencia de que el seguro está vigente. Si estas condiciones no son cumplidas, el certificado será terminado.

Los Aseguradores acuerdan que ninguna Persona Asegurada será penalizada independientemente con cancelación del certificado, ni la tarifa será aumentada debido a una pobre historia de reclamación. Cualquier cancelación de certificados o aumento de tarifa será enforzada por clase de Asegurado y no por Asegurados individualmente.

PROVISIONES PARA REINSTAURACION

Si este certificado es terminado porque una prima no se pagó al final del Período de Gracia, usted puede solicitar la restitución de este certificado en cualquier momento hasta que la primera prima esté pendiente de pago por noventa (90) días. A fin de restablecer ese certificado, tres requerimientos deben ser cumplidos:

1. usted debe someter una solicitud para Reinstauración con evidencia de ser asegurable; y
2. los Aseguradores deben aprobar la solicitud para Reinstauración; y
3. usted debe enviar la cantidad total de las primas adeudadas.

Si los Aseguradores aprueban la solicitud para Reinstauración, este certificado será restablecido con la fecha de aprobación, pero el certificado no cubrirá:

1. ninguna enfermedad que se manifieste dentro de treinta (30) días de la fecha de reinstauración; y
2. cualquier condición excluida por nombre o descripción. En todos los otros aspectos, usted y los Aseguradores tendrán los mismos derechos que estaban establecidos bajo el certificado inmediatamente antes de la fecha de pago de la prima sin pagar, sujeto a cualesquiera provisiones endosadas o adjuntas en conexión con la Reinstauración.

PAGO DE BENEFICIOS POR PERDIDA DE USO

Los Beneficios de Pagos Mensuales por Pérdida de Uso se pagarán en la forma siguiente:

Las cantidades pagaderas de Beneficio por Pérdida Accidental de Uso bajo este certificado serán iguales que los Beneficios Mensuales por Incapacidad seleccionados en la solicitud para cobertura y que aparecen en el Certificado para Cobertura. Los Beneficios Mensuales por Incapacidad y por Pérdida de Uso están sujetos a los Términos, Condiciones, Provisiones del Certificado, Definiciones y Exclusiones de este certificado.

Los Aseguradores pagarán Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso bajo este certificado cuando la Persona Asegurada sufra una Pérdida de Uso definida. El Beneficio Mensual por Pérdida de Uso es pagadero después que la Persona Asegurada haya satisfecho el Período de Espera y el Período de Eliminación de noventa (90) días. Los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso no excederán los Beneficios Mensuales Máximos por Incapacidad mostrados en el Certificado de Cobertura, y dichos pagos no excederán el Período Máximo de Beneficio por Pérdida de Uso de treinta y seis (36) meses. En ninguna circunstancia los Beneficios Mensuales por Pérdida de Uso excederán US\$5,000, aún si el Beneficio Mensual por Incapacidad seleccionado para el certificado y mostrado en el Certificado de Cobertura es mayor de US\$5,000. **(Ejemplo:** Si una Persona Asegurada selecciona el Beneficio Mensual de Incapacidad de US\$7,000, el Beneficio Máximo Mensual por Pérdida de Uso puede ser sólo US\$5,000).

DEFINICIONES DEL CERTIFICADO

Las siguientes Provisiones y Definiciones aplican a este certificado:

1. **ACCIDENTE o ACCIDENTAL** significa cualquier evento súbito e inesperado que ocurra durante el período del certificado, que resulte en lesión física independiente de enfermedad o enfermedad corporal, la causa o una de las causas es externa del cuerpo de la víctima y que ocurra fuera del control de la víctima.
2. **PROVISION DE ACTIVIDAD** significa que la Persona Asegurada es capaz de realizar todas las Actividades de la Vida Diaria.
3. **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** significa actividades usadas para medir los niveles de la capacidad funcional personal. Estas actividades se realizan sin Asistencia de otro individuo, permitiendo independencia personal en la vida diaria. Las seis Actividades de la Vida Diaria son:
 - a) **Continencia:** la habilidad de controlar voluntariamente la función intestinal o de la vejiga o, en caso de incontinencia, la habilidad de mantener un nivel de control razonable;
 - b) **Mobilizarse:** la habilidad de sentarse y levantarse de una silla o cama con o sin equipos, tales como caminadores, muletas o barras de sostén;
 - c) **Vestirse:** ponerse, quitarse, ajustarse y zafarse ropa y ropa interior, e implementos especiales, tales como miembros artificiales o tablillas;
 - d) **Ir al Baño:** acomodarse o llegar a y salirse del inodoro o bidet, para mantener un nivel razonable de higiene personal y cuidado para con la ropa;
 - e) **Alimentarse:** la habilidad de nutrir el cuerpo por cualquier medio, una vez que la comida le haya sido preparada y servido.
 - f) **Bañarse:** la habilidad de bañarse por sí mismo, ya sea en bañera, ducha o con esponja, sin equipo o implementos de adaptación.
4. **SOLICITANTE** significa el individuo que completó la solicitud para cobertura.
5. **FECHA DE ANIVERSARIO** significa la fecha de renovación del certificado.
6. **ASISTENCIA** significa que usted requiere la presencia de otro ser humano para asegurarse que todas o parte de las Actividades de la Vida Diaria pueden ser realizadas o para asegurar su seguridad.
7. **ASEGURADO(S)** significa el individuo para quien se ha completado una solicitud o, en el caso de Dependientes, los individuos cuyos nombres han sido declarados en la planilla de solicitud, y para quienes el comienzo de cobertura ha sido confirmado por los Aseguradores en el Certificado de Cobertura, a quienes se les ha emitido un certificado, y para quienes la prima ha sido pagada.
8. **LESION CORPORAL** significa una lesión física identificable que:
 - a) es causada por un Accidente, y
 - b) es única e independiente de cualquier otra causa, excepto enfermedad, o tratamiento médico o quirúrgico que resultan directamente necesarios a causa de dicha lesión, que ocasiona la Incapacidad de la Persona Asegurada dentro de doce (12) meses de la fecha del Accidente.
9. **CLASE** significa la clasificación de todas los certificados del mismo tipo, incluyendo, pero no limitada a deducibles, fecha de inicio del certificado, edad, grupo, área geográfica, o una combinación de todo.
10. **PAIS DE RESIDENCIA** significa el País de Residencia Defacto del Asegurado. El País de Residencia debe estar declarado en la planilla de la solicitud. Si el Asegurado cambia su País de Residencia, debe notificar inmediatamente al Administrador su Nuevo País de Residencia. La falta de esta notificación puede resultar en la invalidación o terminación de cobertura.
11. **MONEDA:** todos los pagos relacionados con esta póliza son en Dólares USA a menos que se establezca de otra manera.
12. **PAIS DE RESIDENCIA DEFECTO:** es el país declarado en la solicitud, pero si un Asegurado se encuentra en otro país durante ciento ochenta (180) días consecutivos o más, dicho país más reciente se convertirá en su País de Residencia Defacto. Este certificado terminará si el País de Residencia Defacto de cualquier Asegurado cambiara a los Estados Unidos de América, y la cobertura de cualquier Dependiente terminará si el País de Residencia Defacto de dicho Dependiente se convirtiera en los Estados Unidos de América.
13. **DEPENDIENTE(S):** significa las siguientes personas:
 - a) El cónyuge del Asegurado Principal.
 - b) Cualesquiera de los siguientes califican como Dependiente(s) del Asegurado Principal:
 1. Hijos solteros
 2. Entenados solteros

3. Hijos adoptivos solteros del Asegurado Principal o de su cónyuge
 4. o hijos solteros de quienes el Asegurado Principal o su cónyuge es guardián legal.
14. **INCAPACIDAD, INCAPACITADO E INCAPACIDAD** Significa Incapacidad que previene totalmente a la Persona Asegurada de poder conducir cualesquiera tres (3) de las seis (6) **Actividades de la Vida Diaria**.
15. **PERIODO DE ELIMINACION** significa un período de días consecutivos en que una Persona Asegurada está continuamente Incapacitada antes que el Beneficio Mensual por Incapacidad sea pagadero. El Beneficio Mensual por Incapacidad no es pagadero durante el Período de Eliminación. La duración del Período de Eliminación se muestra en la Tabla de Beneficios. El Período de Eliminación comienza en el primer día de Incapacidad que ocurre después de la Fecha de Vigencia de este certificado y si el Período de Espera, si es aplicable, ha sido satisfecho.
16. **CONTRATO TOTAL** significa todos los documentos, incluyendo la solicitud para cobertura, el Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Provisiones del Certificado, Definiciones del Certificado, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, y cualesquiera Enmiendas o Endosos.
17. **EVIDENCIA DE ASEGURAMIENTO** significa que la Persona Asegurada debe firmar una solicitud relativa a su historia médica, que incluye autorización a los Aseguradores para obtener información sobre su salud.
18. **PERIODO DE GRACIA** significa ese período de tiempo después que el certificado ha caducado debido a falta de pago de la prima, durante el cual el Asegurado puede continuar su cobertura cuando el Administrador recibe el pago total de la prima atrasada. Los Aseguradores concederán un Período de Gracia de treinta (30) días para primas pagadas anual y semestralmente, y diez (10) días para primas pagadas mensualmente.
19. **ACTIVIDADES PELIGROSAS O DEPORTES PELIGROSOS** significa cualquier actividad o deporte que requiera destreza física o mental, a veces de naturaleza competitiva, que expone al participante a cualquier peligro o riesgo inevitables, con falta de predictabilidad, aun cuando el peligro o riesgo sea a menudo previsible. Ejemplos de actividades o deportes peligrosos incluye, pero no están limitados a: montañismo, alpinismo, rodeo, corridas de toros, cualquier tipo de deporte de aviación, cavación y espeleología, navegando en balsa o canoa en aguas con rapidez en exceso de grado 5, paracaidismo, aeronáutica, deslizamiento, prácticas de velocidad, carreras en motocicletas, deportes de motor o competencia, buceo a profundidad de más de 30 metros, boxeo, jockey, saltos, polo, participación en cualquier deporte extremo, o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
20. **ENFERMEDAD:** significa aflicción o enfermedad que primero se manifiesta en la Persona Asegurada durante el período en que el certificado está vigente y es responsable de la Incapacidad del Asegurado dentro de doce (12) meses después que se manifiesta por primera vez.
21. **LESION** significa daño corporal que no es auto-infligido, es causado por un Accidente y ocurre mientras el certificado está vigente.
22. **BENEFICIO DE INCAPACIDAD EN UNA SUMA TOTAL** significa la cantidad de beneficio pagado al Asegurado después que los Beneficios Mensuales de Incapacidad pagados han sido agotados. Este beneficio es igual a cien (100) veces el BENEFICIO MENSUAL POR INCAPACIDAD declarado en el Certificado de Cobertura.
23. **PERDIDA DEL USO** significa la Pérdida total e irrecuperable del Uso de una Mano, Pié, Brazo o Pierna de una persona Asegurada, y dicha pérdida es considerada permanente y debida a una Lesión Accidental. Con referencia a los Ojos, significa la irrecuperable pérdida de la vista en ambos ojos de un Asegurado y dicha pérdida es considerada permanente debida a una lesión Accidental.
24. **BENEFICIO MENSUAL POR INCAPACIDAD** Significa la cantidad de beneficio pagado mensualmente a un Asegurado Incapacitado que ha cumplido los Períodos de Eliminación y de Espera, y está establecido para cada Asegurado en el Certificado de Cobertura. El número máximo de Beneficios Mensuales pagadero por Incapacidad es treinta y seis (36).
25. **PERIODO MAXIMO DE BENEFICIO** significa el más largo período pagadero durante un período de Incapacidad, ya sea por una causa o más. El Período Máximo de Beneficio comienza al final del Período de Espera, si es aplicable, y el Período de Eliminación. Nunca se pagarán Beneficios Mensuales por Incapacidad después de terminarse el Período Máximo de Beneficio, aún si el Asegurado permanece Incapacitado.

26. **FECHA DE PAGO** significa el día en que el pago del certificado debe ser pagado, según establecido en el Certificado de Cobertura.
27. **MEDICO o DOCTOR:** significa una persona licenciada para ejercer medicina y cirugía como doctor en medicina, que actúa dentro del campo de su profesión y hasta donde alcanzan los beneficios proveídos.
28. **AÑO DEL CERTIFICADO** significa un período de doce (12) meses consecutivos, comenzando en la fecha de vigencia de la póliza.
29. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES**
Significa cualquier condición o consecuencia relacionada a una condición médica la cual (1) se manifiesta antes de la fecha de vigencia del certificado o su Reinstauración, que fue diagnosticada por un médico antes de la Fecha Efectiva del certificado o su Reinstauración; (2) por la cual se recomendó o recibió consejo o tratamiento médico antes de la fecha de vigencia del certificado, o (3) cualquier síntoma obvio que, si consultado con un médico, hubiera resultado en diagnóstico.
- (b) **NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD:** Los Aseguradores se reservan el derecho a asegurar a personas consideradas en buena salud y que sean un buen riesgo moral. Las Condiciones Pre-existentes no Declaradas impiden a los Aseguradores de realizar una evaluación de riesgo apropiada. Consecuentemente, las Condiciones Pre-existentes no Declaradas no están cubiertas y pudieran resultar en la negación de una reclamación y/o en la cancelación o rescisión de ese certificado. (Vea Exclusión Específica 6)
30. **ASEGURADORES** significa los Aseguradores de Lloyd's de London.
31. **PERIODO DE ESPERA** significa el período de tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia del Certificado y termina noventa (90) días después. Ninguna reclamación se pagará por enfermedad que se manifieste y cause Incapacidad a un Asegurado durante este tiempo, durante este tiempo (vea Exclusión Específica 11).
32. **USTED, SU o USTED MISMO**
Significa el Asegurado o Dependiente(s).

Hay dos tipos de Condiciones Pre-Existentes:

- (a) **DECLARADAS EN LA SOLICITUD:** Las Condiciones Pre-existentes Declaradas, a menos que estén específicamente excluidas por endoso o por una enmienda al certificado, están cubiertas después de 24 meses de cobertura continua bajo este certificado, o por el período de tiempo declarado en la página de la Tabla de Beneficios de este certificado, el que sea mayor. (Vea la Exclusión Específica 5).

CONDICIONES GENERALES

1. Este Certificado, incluyendo el Certificado de Cobertura, Tabla de Beneficios, Provisiones del Certificado, Definiciones del Certificado, Condiciones Generales, Exclusiones Generales, Exclusiones Específicas, Enmiendas o Endosos, y la solicitud para cobertura escrita, constituyen el Contrato Completo y debe leerse todo como un solo contrato. Cualquier palabra o expresión a la cual se haya aplicado un significado específico en cualquier parte de este Certificado, deberá entenderse con ese significado específico dondequiera que aparezca.
2. El Asegurado, incluyendo a cualquier persona a quien este seguro aplique, deberá en todo momento tomar precauciones razonables para prevenir accidentes, pérdidas o lesiones.
3. Si las circunstancias en las cuales el seguro fue basado cambiaran materialmente, este certificado será invalidado.
4. La plena observación y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de este certificado en cuanto a sus regulaciones y su cumplimiento por el Asegurado, y la certeza de las declaraciones y respuestas en dicha solicitud, serán condiciones precedentes a cualquier responsabilidad de los Aseguradores para hacer cualquier pago bajo este certificado.
5. Si cualquier reclamación bajo este certificado resultara ser fraudulenta en cualquier forma o si se usaran medios o artificios fraudulentos, ya sea por el Asegurado o por cualquier persona actuando en su favor bajo este certificado, todos los beneficios serán perdidos. Si algún proveedor de servicios médicos o medicamentos anterior rehusara facilitar los archivos médicos pasados del Asegurado después de presentársele la autorización del Asegurado para la inspección de esos archivos, todos los beneficios bajo este certificado serán invalidados y el certificado anulado.
6. El certificado será anulado e invalidado a menos que el Administrador sea notificado de cualquier cambio del País de Residencia Defacto del Asegurado dentro de treinta (30) días del cambio. Todos los términos y condiciones están sujetas a revisión al cambiar el País de Residencia de Facto.
7. El representante legal de un Asegurado tendrá el derecho a actuar por un Asegurado incapacitado o fallecido.
8. En caso de que los Aseguradores cancelen o en alguna forma invaliden este certificado debido a la falta del Asegurado en declarar una historia médica pasada o Condiciones Pre-existentes, los Aseguradores se reservan el derecho a recobrar del Asegurado todos los costos y honorarios incurridos en investigar razonablemente esos asuntos no declarados totalmente. La recuperación puede ser lograda de cualquier manera legal, incluyendo deducción de esos costos y honorarios de cualquier prima sin usar que de otra forma se debiera al Asegurado.
9. Cualquier Asegurado cubierto bajo este certificado no puede cobrar beneficios de ambos, el Beneficio Mensual por Incapacidad y el Beneficio Mensual por Pérdida del Uso; estos beneficios NO son acumulativos. El máximo beneficio mensual pagadero bajo este certificado es la cantidad declarada en el Certificado de Cobertura (Ejemplo: Si un Asegurado selecciona Beneficio Mensual por Incapacidad de US\$7,000, el Beneficio Mensual por Pérdida del Uso Accidental estará limitado a US\$5,000. Si un Asegurado sufre un Accidente y pierde el uso de sus piernas, pudiera calificar para el Beneficio Mensual por Incapacidad y por lo tanto recibiría US\$7,000 por mes después de satisfacer el Período de Eliminación. Sin Embargo, si el Asegurado pierde el uso de una mano no calificaría para el Beneficio Mensual de Incapacidad, y por lo tanto recibiría el Beneficio Mensual por Pérdida del Uso de US\$5,000 por mes después de satisfacer el Período de Eliminación.

EXCLUSIONES GENERALES

Los Aseguradores no serán responsables por ninguna reclamación o beneficio, o cualquier consecuencia, ya sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por, contribuida por, procedente de, o como resultado de, en conexión con:

- (I) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones guerreras (con guerra declarada o no) o guerra civil.
- (II) Motín, disturbios, huelgas, sublevación militar o civil, insurrección, rebelión, revolución, golpe militar o usurpación de poder.
- (III) Cualquier acto de cualquier persona actuando a favor de, o en conexión con cualquiera organización con actividades dirigidas hacia el derrocamiento por fuerza de un gobierno establecido o de facto, o influenciar al mismo con terrorismo o violencia.
- (IV) Ley Marcial o estado de sitio o cualesquiera eventos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio.
- (V) La comisión o intento de cometer una ofensa criminal, o provocar un asalto.
- (VI) Cualquier acto de terrorismo.
- (VII) Cualquier contaminación radioactiva.
- (VIII) Nuclear/Químico/Biológico

Los Aseguradores y el Asegurado acuerdan que, si importar las causas contribuyentes, este seguro no cubre ninguna reclamación que en forma alguna sea causada o contribuida por un acto de guerra o terrorismo que envuelva el uso, o liberación o amenaza de alguna arma o dispositivo nuclear, o agente químico o biológico.

Para propósito de estas exclusiones, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia, y/o la amenaza de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea actuando individualmente o a favor de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), comprometido por ideologías políticas o religiosas, o propósitos o razones similares, incluyendo la intención de influenciar cualquier gobierno y/o atemorizar cualquier sección del público.

Cualquier consecuencia que suceda o surja durante la existencia de condiciones anormales (ya sean físicas o cualesquiera otras), sea directa o indirectamente, próxima o remotamente ocasionada por o contribuida por, relacionada con, que surja de, o en conexión con alguna de las mencionadas ocurrencias, será considerada como una consecuencia por la cual los Aseguradores no serán responsables bajo este certificado, excepto hasta donde el Asegurado pueda probar que dicha consecuencia sucedió independientemente de la existencia de dichas condiciones anormales.

En cualquier acción, pleito legal o procedimiento donde los Aseguradores aleguen que por razón de estas exclusiones cualquier consecuencia no está cubierta por este certificado, la responsabilidad de probar que dicha consecuencia está cubierta será del Asegurado.

EXCLUSIONES ESPECIFICAS

Cualquier reclamación o beneficio relacionado a lo siguiente o sus consecuencias derivadas, no están cubiertas bajo este certificado:

1. Tratamiento de enfermedades mentales, desórdenes psiquiátricos, psicológicos o de comportamiento de ninguna clase, ni mantenimiento en un sanatorio mental.
2. Todas las Actividades Riesgosas y Deportes Riesgosos. Esto no incluye deportes vacacionales normales, tales como esquiar o snorkel (hasta profundidad de 30 metros). Sin embargo, basado en la "Regla del Hombre Prudente," los Aseguradores rechazarán reclamaciones cuando determinen que riesgo o negligencia fueron un factor. Otros deportes serán también excluidos cuando envuelven un alto riesgo debido a inexperiencia, falta de cuidado y desconocimiento de condiciones excesivamente peligrosas.
3. Lesión corporal sufrida bajo la influencia o esté incapacitado, debido total o parcialmente a los efectos de licor o drogas intoxicantes (a menos que se tomen de acuerdo a tratamiento prescrito por un médico, pero no para tratamiento de adicción a drogas), o que el Asegurado tenga un nivel de alcohol de 100 mg. por ciento o más en la corriente sanguínea, o esté por encima del límite legal de consumo alcohólico dentro de la jurisdicción del país donde el evento ocurra, o cuando el Asegurado haya sido diagnosticado como alcohólico.
4. Reclamaciones relacionadas con una lesión auto-infligida voluntariamente o suicidio.
5. Cualquier Condición Pre-existente declarada, defecto físico, enfermedad, condición médica, o enfermedad crónica o recurrente que existía al iniciarse este seguro, o dentro de dos (2) años de la fecha de inicio del Asegurado en este seguro.
6. Cualquier reclamación relacionada con Condiciones Pre-Existentes no-declaradas no están cubiertas durante la vida de este certificado.
7. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente de cualquier muerte, lesión corporal, enfermedad, gasto u otra responsabilidad atribuible al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o enfermedades del VIH, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier derivado o variación mutante del mismo, de cualquier forma causada.
8. Cualquier reclamación después de la fecha de terminación del certificado, que resulte de accidente o enfermedad ocurrida durante el período del certificado.
9. Cualesquiera cargos que surjan del tratamiento al Asegurado por una lesión física o enfermedad, por la cual la persona por quien se presenta la reclamación no está bajo atención regular de un médico, o que no están autorizados o prescritos por un médico.
10. Un Asegurado siendo tratado o bajo el cuidado de un miembro familiar.
11. Cualquier Enfermedad que se manifieste por primera vez durante los primeros noventa (90) días después del inicio de cualquier Asegurado en este seguro, no está cubierta durante la vida de este certificado.
12. El Asegurado durante un Viaje Aéreo, excepto como pasajero en una nave con motores múltiples y alas fijas.
13. Cualquier reclamación relacionada con cualquier Enfermedad, Accidente, Lesión Corporal, o la inhabilidad de realizar tres (3) de las seis (6) Actividades de la Vida Diaria, causadas por, o contribuidas por exceso de peso o la condición conocida como obesidad.
14. El Asegurado envuelto o tomando parte en servicios u operaciones de las fuerzas armadas.
15. Cualquier reclamación que no sea notificada a los Aseguradores dentro de veintiún (21) días del comienzo de la Incapacidad.
16. Cualquier disputa, reclamación o controversia para la cual el Asegurado no registre una solicitud para arbitraje dentro de ciento ochenta (180) días de la fecha del evento que causó la disputa, reclamación o controversia.
17. Cualquier reclamación relacionada con cualquier Enfermedad, Accidente o Lesión Corporal que cause Incapacidad después de un período de doce (12) meses de la fecha del Accidente o Lesión Corporal, o de cuando una Enfermedad se manifestó inicialmente.
18. Cualquier reclamación para beneficios (ya sea Beneficios Mensuales por Incapacidad o Beneficio de Suma Total), después de la fecha de aniversario del seguro, siguiente al cumplir el Asegurado sesenta y cinco (65) años de edad.

NOTIFICACION DE RECLAMACIONES

En caso de que un Asegurado se Incapacite, debe notificar a las oficinas Morgan-White Administrators International, Inc. dentro de 21 días.

PARA INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES: Escriba, llame, envíe facsimile, o por correo electrónico a

Morgan-White Administrators International, Inc.
3191 Coral Way, Suite 704
Miami, FL 33145

Teléfono: (305) 442-0899

Fax: (305) 442-0961

Dirección Electrónica: intlclaims@morganwhite.com

NUMEROS PARA FINES DE SEMANA, DIAS FERIADOS, O SI FUERA DE LOS EUA, LLAMAR:

Morgan-White Administrators International, Inc.

Lunes-Viernes 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Hora del Este EUA

Teléfono: (305) 442-0899

Después de Horas Laborables o Fines de Semana, llamar:

Teléfono: (305) 476-0022

Fax: (305) 442-0961