

2011-2012

Youth For Understanding USA

**Asistencia de emergencia al viajero
Resumen de Plan de Seguro de enfermedad
Resumen de Plan de Seguro privado de
responsabilidad civil**

Proporcionado por:

Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.

Número de póliza 299951



El texto fue traducido del inglés. El folleto es la versión oficial del inglés y contiene todos los detalles del plan de seguro de salud.

Tabla De Contenidos

Información de contacto.....	3
Asistencia de emergencia al viajero (On Call Internacional)	3
Procedimiento de reclamo de gastos médicos (Aetna Student Health)	5
• Preguntas frecuentes	5
• Resumen de la cobertura	6
• Definiciones	7
• Exclusiones y limitaciones	12
Seguro de responsabilidad civil (Generali Gruppe)	17
• Exclusiones y limitaciones.....	18
• Procedimiento de reclamos de responsabilidad.....	20

Información De Contacto

Por preguntas sobre:

Asistencia de emergencia al viajero 24 horas al día, los 7 días de la semana (On Call International)

Comunicarse con On Call International al **1 (866) 525-1956** (dentro de EE.UU.). Si se encuentra fuera de EE.UU., comuníquese por cobro revertido discando el código de área de EE.UU. seguido por **1 (603) 328-1956**.

Reclamo de gastos médicos

Comunicarse con Aetna Student Health al **1 (888) 295-9793**

Si se encuentra fuera de EE.UU., comuníquese con cobro revertido discando el código de área de EE.UU. seguido por **1 (617) 218-8400**.

Seguro de responsabilidad civil (Generali Gruppe) Número de póliza 212 625 1911

Encontrará indicaciones para efectuar un reclamo en la página 20 de este folleto.

SERVICIO DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA AL VIAJERO (ON CALL INTERNATIONAL)

Aetna Student Health ha contratado a On Call International (On Call) para que les provea acceso a ciertos beneficios a las personas con cobertura, por muerte accidental y desmembramiento, asistencia de emergencia al viajero en todo el mundo y otros beneficios.

Abajo, se detalla una breve descripción de estos beneficios.

Beneficios por Muerte accidental y Desmembramiento (ADyD por sus siglas en inglés)

Estos beneficios son subvencionados por Aetna Life and Casualty de Bermuda, Ltd. Incluyen los siguientes: Los beneficios son pagaderos por muerte accidental y desmembramiento de las personas con cobertura hasta un máximo de \$40.000.

Beneficios de Evacuación médica y Repatriación (MER por sus siglas en inglés)

Los siguientes beneficios son subvencionados por Virginia Surety Company (VSC), con los servicios de asistencia médica y de viaje proporcionados por On Call. Estos beneficios están diseñados para asistir a personas con cobertura cuando viajan a más de 100 millas de su hogar, a cualquier lugar del mundo.

- Evacuación médica de emergencia ilimitada
- Devolución de los restos mortales ilimitada (durante el programa)
- Reunión familiar de emergencia dentro del monto de \$6250, que incluye un billete de avión de ida y vuelta en clase turista, y alojamiento y comida con un límite de gasto de \$150 diarios por un período máximo de 5 días para un familiar que acuda a reunirse con la persona hospitalizada
- Regreso de emergencia al hogar dentro del monto de \$4000

Servicios de evacuación en caso de catástrofe natural o por motivos políticos (NDPE por sus siglas en inglés)

Los siguientes beneficios están subvencionados por On Call. Si una persona con cobertura precisa ser evacuada de emergencia a causa de una revuelta social o política que le coloca en una situación de inminente peligro para su integridad física (según lo determine el personal de seguridad de On Call en colaboración con las autoridades locales y estadounidenses), On Call organizará y correrá con los gastos de su traslado al lugar seguro más próximo, y le proporcionará un billete de avión de ida en clase turista a su país de residencia. Si la persona con cobertura se ve obligada a permanecer en el lugar seguro, On Call organizará y correrá con los gastos del alojamiento dentro de unos límites razonables hasta un máximo de \$100 diarios por un período máximo de tres días. (Los costos del billete de avión y el alojamiento no podrán superar en conjunto el límite de \$5,000 USD por persona con cobertura).

Sujeto a un beneficio máximo de \$100,000 por persona con cobertura por suceso

*Esto es solo un resumen de su plan de beneficios. Por favor, consulte la Descripción de servicios cubiertos para conocer los términos y condiciones.

Servicios de asistencia de emergencia al viajero en todo el mundo (WETA por sus siglas en inglés)

Call proporciona los siguientes servicios de asistencia al viajero:

- Arreglos de Viaje de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana
- Asistencia de Traducción
- Asistencia por Fondos de viaje de emergencia
- Asistencia por Equipaje perdido y Documentos de viaje
- Asistencia para el Reemplazo de tarjetas de crédito/cheques de viajero
- Línea de ayuda de enfermería en EE.UU. las 24 horas, los 7 días de la semana

Servicio de Referencia médica/dental/farmacéutica Arreglos del Depósito del hospital Envío de un Médico Asistencia con los Expedientes médicos de emergencia Puede contactarse con el Centro de operaciones de On Call International las 24 horas del día, los 365 días del año. La información expuesta arriba es solo un resumen de los beneficios y servicios ADyD, MER y WETA disponibles a través de On Call, USFIC (US Fire Insurance Company) y VSC. Para obtener una copia de los documentos del plan referidos a la cobertura ADyD, MER y WETA, incluyendo una descripción completa de la cobertura, las exclusiones y limitaciones, contactarse con Aetna Student Health al **1 (888) 294-6050** o **www.aetnastudenthealth.com**.

Nota: Para obtener la cobertura, todos los servicios de MER y WETA deben ser provistos por On Call. No se proveerá reembolso de ninguno de los servicios que no hayan sido provistos y arreglados por On Call. Sin embargo, ciertos servicios médicos de emergencia pueden estar cubiertos por los términos del plan de seguro médico para estudiantes con cobertura (el "Plan"), ni On Call, USFIC o WETA proveen cobertura de tratamientos médicos de emergencia dispensados por doctores, hospitales, farmacias u otros prestadores de servicios médicos. La cobertura de tales servicios será provista de acuerdo con los términos del Plan y se pueden aplicar exclusiones y limitaciones.

Para presentar un reclamo de los beneficios por ADyD, u obtener beneficios/servicios MER y WETA o en caso de cualquier pregunta relacionada con estos beneficios/servicios, comunicarse con On Call International a los siguientes números listados y provistos para las personas con cobertura cuando se inscriben en el Plan: gratuito **1(866) 525-1956** o a cobrar **1 (603) 328-1956**.

Aetna Student Health es la marca de los productos y servicios provistos por Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltda. y Chickering Claims Administrators, Inc., (CCA). CCA y On Call son contratistas independientes y no empleados u agentes del otro.

CCA proporciona acceso a los beneficios/servicios ADyD, MER y WETA a través de un acuerdo contractual con On Call. Sin embargo, ni CCA ni ningún de los afiliados provee u administra los beneficios/servicios ADyD, MER o WETA y ni CCA ni ninguno de los afiliados es de ningún modo responsable de los beneficios/servicios provistos por o a través de On Call, USFIC o VSC. Las primas/honorarios por los beneficios/servicios provistos a través de On Call, USFIC y VSC están incluidos en la tarifa estipulada en el folleto.

*Estos servicios, programas y beneficios son ofrecidos por proveedores que son contratistas independientes y no empleados u agentes de Aetna.

Procedimiento De Reclamo De Gastos Médicos (AETNA STUDENT HEALTH)

Cómo usar su plan de seguro médico Antes de visitar a un prestador (doctor, hospital, farmacia, especialista)

Paso 1: Entender las pautas de su Plan puede prevenir el pago a su cargo de honorarios inesperados.

Paso 2: Asegúrese de presentar su Tarjeta Aetna de seguro médico al visitar a un prestador médico.

Paso 3: Confirme si el prestador médico es un Prestador preferente adherido o un médico privado. Puede encontrar un Prestador de la red en las páginas web de Aetna DocFind®.

Paso 4: Si está siendo tratado por un Prestador adherido, su reclamo será enviado automáticamente por el Prestador médico a Aetna Student Health. Si está siendo tratado por un Prestador no adherido, consulte cómo el Prestador médico presentará su reclamo. El Prestador puede exigir pago inmediato.

** Bajo este plan dental los proveedores deben enviar los reclamos al plan medico - Aetna Student Health Si el Prestador no presenta el reclamo directamente a Aetna Student Health, entonces usted debe presentar el reclamo enviando a Aetna Student Health una factura detallada inmediatamente después de efectuar el tratamiento. Su nombre, número de identificación y Youth for Understanding debe estar escrito de forma clara en todas las facturas médicas.

Siempre conserve copias para su registro personal.

Diríjase a: www.aetnastudenthealth.com para buscar un Prestador en línea.

Envíe todas las facturas para el reembolso a:

Aetna Student Health

Apdo. postal 981106

El Paso, Texas 79998 5

Paso 5: Aetna enviará el pago al prestador médico o enviará el pago al estudiante si este envía una prueba del pago con el reclamo. Únicamente se efectuará el pago de los servicios cubiertos.

Una vez que se procesa un reclamo, se le enviará una declaración de Explicación de los Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) que explica los beneficios que fueron pagados al prestador. El Prestador le enviará una declaración indicando un balance si es necesario.

Nota: Todas las dudas sobre el servicio a clientes, incluyendo preguntas sobre Proveedores adheridos, deben ser dirigidas a Aetna Student Health llamando al **888-295-9793**.

PREGUNTAS FRECUENTES

Ocuparse de los detalles médicos

¿Es mi responsabilidad presentar un reclamo médico?

Si visita a un Prestador preferente adherido, ellos deberían presentar un reclamo médico a su nombre. En caso de que el prestador no presente el reclamo por usted, vea la página 5 sobre instrucciones para reclamos.

¿Cómo elijo un doctor de cabecera u hospital?

Diríjase a Aetna Doc Find®, allí puede buscar doctores, hospitales y especialistas por especialidad o ubicación. Este directorio de prestadores médicos se puede encontrar en www.aetnastudenthealth.com.

Como se paga una prescripcion que cubre el seguro medico?

Usted debe de pagar el costo de las recetas cubiertas por el seguro y enviar una forma de reclamo para reembolso, según las indicaciones del paso 4. Utilice el formulario de reclamo de Aetna para solicitar el reembolso de recetas.

Resumen De La Cobertura

En la lista de abajo, se encuentra un resumen de los beneficios del Plan. Diríjase a la póliza original para obtener una descripción completa.

El Plan médico asegurado es subvencionado por Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltda. La cobertura por Muerte accidental y Desmembramiento es subvencionada por United States Fire Insurance Company. La cobertura por Evacuación médica/Repatriación es provista por On Call International y es subvencionada por Virginia Surety Company.

Tipo de beneficio	Cobertura/Máximo
Máximo de la póliza	\$1,000,000
Coaseguro	Proveedor que participa en la red de Aetna 100% del cargo negociado Proveedor que no participa en la red de Aetna 100% del costo reconocido
Mental/Nervioso	\$10,000 máximo
Fisioterapia	\$600 máximo por año de póliza
Emergencia odontológica – Alivio de dolor dental	\$1,000 máximo por año de póliza
Pruebas de alergia	La cobertura incluye únicamente las pruebas de alergia. El tratamiento de las alergias no es un gasto médico cubierto .
Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos – Hospitalización	\$10,000 máximo por año de póliza combinado con el tratamiento externo
Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos – Tratamiento externo	\$10,000 máximo por año de póliza combinado con la hospitalización
Evacuación	Ilimitada
Repatriación	Ilimitada
Reunión familiar de emergencia	\$6,250
Regreso al hogar de emergencia	\$4,000
Reunión tras la pérdida de un ser querido	\$2,500
Muerte accidental y Desmembramiento	de \$40,000 a un máximo de \$200,000 por incidente
Condiciones preexistentes	Cubiertas hasta un máximo de \$10,000 a lo largo de toda la vida por condición preexistente
Maternidad	No tiene cobertura

DEFINICIONES

Cuando sean usadas en esta póliza, las siguientes palabras y frases deberán tener el significado que se les da a continuación, a menos que el contexto indique claramente lo contrario:

Accidente: Un evento que a) es imprevisto, b) no se debe a o tiene relación con una enfermedad o dolencia de ningún tipo y c) causa una lesión.

Cargo real: El cargo ocasionado por un servicio cubierto del prestador que lo proporciona.

Máximo total: El beneficio máximo que se pagará bajo esta póliza por todos los gastos médicos cubiertos en los que incurre una persona con cobertura de un año de la póliza al siguiente.

Copago: Es un honorario cobrado a una persona por Gastos médicos cubiertos.

Gastos médicos cubiertos: Aquellos cargos por cualquier tratamiento, servicio o suministro cubiertos por esta póliza, los cuales son:

- sin exceso de los cargos razonables y habituales, o
- sin exceso de los cargos que hubieran surgido en ausencia de esta cobertura, y
- en los que se incurre mientras esta Póliza está vigente para la persona con cobertura excepto en cuanto a cualquier gasto pagadero bajo la Extensión de las provisiones de beneficios.

Persona con cobertura: Un estudiante con cobertura mientras la cobertura de esta Póliza esté vigente.

Deducible: El monto de los Gastos médicos cubiertos que pagan cada una de las personas con cobertura durante el año de la póliza antes de que se paguen los beneficios.

Prestador dental: Cualquier dentista, grupo, organización, instalación dental, u otra organización o persona titulada legalmente para proporcionar servicios o suministros dentales.

Dentista: Un dentista titulado legalmente. También, un médico que está autorizado para realizar el trabajo dental que él o ella realiza.

Equipo médico o quirúrgico durable: No más de un equipo para el mismo propósito o para uno similar y los accesorios necesarios para operarlo, eso implica:

- fabricado para resistir uso prolongado,
- fabricado para y principalmente usado en el tratamiento de una enfermedad o lesión,
- adecuado para el uso en el hogar,
- que no se utilice normalmente en personas que no estén enfermas o que no tengan una lesión,
- que no se utilice para alterar la calidad del aire o la temperatura,
- que no se utilice para ejercitarse o entrenarse.

No se incluyen equipos del tipo: hidromasajes, bombas de hidromasajes portátiles, saunas, dispositivos de masaje, mesas auxiliares, elevadores, auxiliares para la audición, auxiliares para la visión y sistemas de alerta telefónica.

Tratamiento electivo: Tratamiento médico que no es necesario debido a un cambio patológico en la función o la estructura de alguna parte del cuerpo ocurrido después de que empiece a regir la cobertura de la persona con cobertura. El tratamiento electivo incluye, pero no se limita a:

- ligadura de las trompas,
- vasectomía,
- reducción de busto,
- cirugía de cambio de sexo,
- problemas de aprendizaje,
- disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)
- inmunización
- tratamiento por infertilidad y
- exámenes físicos de rutina o exámenes físicos solicitados por una institución escolar para poder participar en actividades atléticas o de otra índole.

Ingreso de emergencia: Donde el médico ingresa a la persona en el hospital o en la instalación de tratamiento residencial de forma súbita y, en el momento, inesperada debido a un cambio en la condición física o mental de una persona que:

- requiere aislamiento inmediato en un hospital, y
- si no se le proporciona tratamiento inmediato en un hospital podría, según lo estipulado por Aetna, resultar en:
 - pérdida de una vida o miembro, o
 - discapacidad significativa en la función corporal, o
 - disfunción permanente de una parte del cuerpo.

Condición médica de emergencia: El inicio súbito y, en el momento, inesperado de un cambio en la condición física o mental de una persona la cual requiere cuidado médico, quirúrgico o psiquiátrico inmediato, el cual si no se realiza inmediatamente, como lo estipula Aetna, podría resultar en la pérdida de una vida o miembro, o en una discapacidad significativa de la función corporal o en la disfunción de una parte del cuerpo. Incluye un accidente o enfermedad seria, como un ataque al corazón, un derrame, envenenamiento, pérdida del conocimiento o respiración y convulsiones.

No incluye tratamiento electivo, tratamiento de rutina, tratamiento de una enfermedad que no sea de emergencia o tratamiento requerido como resultado de un evento que podría haberse evitado previo a la partida del estudiante a la comunidad anfitriona.

Fármaco o medicamento recetado genérico: Un medicamento recetado que no está protegido por un registro de marca, pero se produce y vende bajo el nombre de la sustancia química.

Hospital: Una instalación que pasa todas estas pruebas:

- proporciona servicios a las personas hospitalizadas según el caso y tratamiento de personas heridas o enfermas, y
- proporciona servicios de alojamiento y comidas y servicios de enfermería las 24 horas del día, y
- tiene instalaciones establecidas para diagnóstico y cirugías serias, y
- se dirige como un hospital bajo las leyes de la jurisdicción en la que está ubicada.

Hospital no significa un lugar establecido principalmente: a) para alcohólicos y drogadictos, b) como un hogar de convalecientes o c) como una residencia de ancianos u hogar de descanso. El término “hospital” incluye una instalación de tratamiento para adicciones al alcohol y las drogas durante cualquier periodo de tiempo durante el cual se le proporciona a la persona con cobertura tratamiento efectivo para la adicción al alcohol y las drogas.

Hospitalización: Una estadía de 18 o más horas continuas como paciente internado en el hospital. Lesión Una lesión en el cuerpo causada por un accidente. Esto incluye condiciones relacionadas y síntomas recurrentes de tal lesión.

Unidad de cuidados intensivos: Una sala, unidad o área designadas dentro de un hospital para la cual se estipula un recargo extra por día específico y la cual está provista del personal y el equipo para proporcionar, continuamente, cuidados o servicios especializados o intensivos que no se proveen regularmente en tal hospital.

Desorden tempomandibular: Es una disfunción de la articulación tempomandibular o cualquier afección similar en la relación entre la mandíbula o la articulación de la mandíbula y los músculos y nervios.

De necesidad médica: Un servicio o suministro que es necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que se basa en la práctica médica actual generalmente aceptada. Un servicio o suministro no se considerará como de necesidad médica si:

- solo se proporciona debido a la conveniencia de una persona con cobertura o prestador, o
- no es apropiado para el tratamiento del diagnóstico o los síntomas de la persona con cobertura, o
- excede (en alcance, duración o intensidad) el nivel de cuidado que se necesita para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

El hecho de que cualquier médico particular pueda prescribir, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no hace, en sí mismo, que el servicio o suministro sea de necesidad médica.

Cargo negociado: El cargo máximo que un Prestador de salud preferente o un Prestador designado ha accedido a aplicar a cualquier servicio o suministro con el propósito de los beneficios bajo la Póliza. Enfermedad no profesional Una enfermedad no profesional es una enfermedad que no:

- surge de (o durante el curso de) cualquier trabajo pago o rentable, o
- resulta debido a una enfermedad que deriva de tal actividad.

Una enfermedad será considerada como no profesional sin importar la causa si se da prueba de que el estudiante con cobertura:

- está cubierto por cualquier tipo de ley de compensación al trabajador, y
- no está cubierto para tal enfermedad bajo esa ley.

Lesión no profesional:

Una lesión no profesional es una lesión en el cuerpo accidental que no:

- surge de (o durante el curso de) cualquier trabajo pago o rentable, o
- resulta debido a una enfermedad que deriva de tal actividad.

Cuidado no preferente: Un servicio o suministro para el cuidado de la salud proporcionado por un prestador de servicios médicos, si, como lo determina Aetna:

- el servicio o suministro podría haber sido provisto por un prestador de servicios médicos preferente, y
- el prestador es del tipo que entra en una o más categorías de prestadores de las citadas en el directorio.

Prestador de servicios médicos no preferente Un prestador de servicios médicos que no ha sido contratado para proporcionar servicios o suministros a un cargo negociado.

Enfermedad única

Una enfermedad y todas sus reapariciones y condiciones relacionadas que sufre un paciente con cobertura.

Hospitalización parcial: Tratamiento continuo que consiste en no menos de cuatro horas y no más de doce horas en cualquier periodo de veinticuatro horas durante un programa en un hospital.

Farmacia: Un establecimiento donde se dispensan legalmente medicamentos recetados.

Médico: a) un médico legalmente titulado licenciado por el estado en el cual él o ella ejerce y b) cualquier otro médico que debe ser reconocido por ley como doctor legalmente titulado para dispensar tratamiento.

Año de la póliza: El periodo de tiempo de la fecha en que se cumple un año a la fecha en que se cumple un año excepto durante el primer año cuando es el periodo de tiempo desde la fecha de entrada en vigor hasta la fecha del primer año.

Condición preexistente: Cualquier lesión, enfermedad o condición que fuera diagnosticada o tratada, o que causara que una persona prudente buscara diagnóstico o tratamiento, dentro de los seis meses previos a la fecha de entrada en vigor del seguro de la persona.

Cuidado preferente: Cuidado provisto por un Prestador de servicios preferente:

- un prestador de servicios médicos que no es un Prestador de servicios preferente debido a una condición médica de emergencia cuando el traslado a un Prestador de servicios preferente (o por referencia del médico de cabecera de una persona con cobertura anterior al tratamiento) no es posible, o
- un Prestador de servicios médicos de urgencia no preferente cuando el traslado a un Prestador de servicios médicos de urgencia preferente no es posible y si está autorizado por Aetna.

Prestador de servicios preferente: Un prestador de servicios médicos que tiene un contrato para proporcionar servicios o suministros con un cargo negociado, pero solo si el prestador está, con el consenso de Aetna, incluido en el directorio como un Prestador de servicios preferente para:

- el servicio o suministro necesario, y
- la clase de persona con cobertura de la que es miembro.

Recetador: Cualquier persona que, actuando en el marco de su licencia, tenga la autoridad legal para escribir una orden para una droga recetada.

Receta: Una orden de un recetador para un medicamento recetado. Si es una orden verbal, debe ser puesta por escrito por la farmacia de inmediato.

Medicamento recetado: Cualquiera de los siguientes:

- un medicamento biológico o una receta compuesta que, por ley, solo puede ser expendida bajo receta.
- insulina inyectable, agujas y jeringas desechables, cuando sean recetadas y compradas en el mismo momento que la insulina, y suministros para diabéticos desechables.

Cargo razonable: Solo la parte del cargo que es razonable es cubierta. El cargo razonable de un servicio o suministro es el más bajo de:

- el cargo usual del prestador para proporcionarlo, y
- el cargo que Aetna considera apropiado, basándose en factores tales como el costo de proveer el mismo servicio o suministro o uno similar y la manera en que se generan los cargos por el servicio o suministro, y
- el cargo que Aetna considera como el nivel de cargo imperante en el área geográfica donde se proporciona.

En algunas circunstancias, Aetna puede tener un acuerdo, de forma directa o indirecta a través de un tercero, con un prestador que fija la tarifa que Aetna pagará por el servicio o suministro. En estos casos, a pesar de la metodología descrita arriba, el cargo razonable es la tarifa establecida en tal acuerdo.

Al determinar el cargo razonable por un servicio o suministro que es:

- inusual, o
- que no se proporciona habitualmente en el área, o
- que solo es provista por un pequeño número de prestadores en el área.

Aetna podría tener en cuenta los siguientes factores:

- la complejidad,
- el grado de habilidad necesarios,
- el tipo de especialidad del prestador,
- la gama de servicios o suministros provistos por una instalación, y
- el cargo imperante en otras áreas.

Alojamiento y comida: Los cargos que una institución efectúa por alojamiento y comida y otros servicios y suministros necesarios. Se deben efectuar diaria o semanalmente.

Tarifa semiprivada: El cargo por alojamiento y comida que una institución aplica a la mayoría de las camas en sus cuartos semiprivados con dos o más camas. Si no hubiera este tipo de cuartos, Aetna calculará la tarifa. Será la tarifa comúnmente aplicada por instituciones similares en la misma área geográfica.

Enfermedad: Dolencia o enfermedad incluyendo las condiciones relacionadas y síntomas actuales de la enfermedad. Todas las lesiones o enfermedades debidas a la misma causa o a una relacionada se consideran una enfermedad o lesión única.

Dientes naturales sanos: Dientes naturales, la mayor parte del diente individual que está presente a pesar de las emplomaduras y que no tiene caries, absceso o está defectuoso. Los dientes naturales sanos no incluyen los dientes con corona.

Centro de cirugía: Una instalación quirúrgica ambulatoria independiente que:

- Alcanza los estándares de licencia.
- Está establecida, equipada y dirigida para proporcionar cirugía general.
- Cobra tarifas.
- Está dirigida por un grupo de médicos. Al menos uno de ellos debe estar en las inmediaciones cuando se realiza una cirugía y durante el periodo de recuperación.
- Tiene al menos un anestesiólogo matriculado en el lugar cuando la cirugía que requiera anestesia general o espinal se realiza y durante el periodo de recuperación.
- Extienda los beneficios del personal quirúrgico a:
 - médicos que practiquen cirugía en un hospital del área, y
 - dentistas que realicen cirugías orales.
- Tenga al menos 2 quirófanos y una sala de recuperación.
- Proporcione, o tenga un acuerdo con una instalación médica del área, rayos X de diagnóstico y servicios de laboratorio necesarios en relación con la cirugía.
- No tenga un lugar donde los pacientes puedan pasar la noche.
- Proporcione, en el quirófano y en la sala de recuperación, servicios de enfermería calificado y de tiempo completo dirigido por una enfermera matriculada.
- Esté equipada y tenga un personal entrenado para manejar emergencias médicas.
- Debe tener:
 - un médico entrenado en resucitación cardiopulmonar, y
 - un desfibrilador, y
 - un equipo para traqueotomías, y
 - un expansor del volumen sanguíneo.
- Tenga un acuerdo escrito con un hospital del área para transferencia de pacientes de emergencia. Los procedimientos escritos para tal transferencia deben estar exhibidos y el personal debe conocerlos.
- Proporcione un programa de seguridad de la calidad continuo. El programa debe incluir reseñas de médicos que no sean propietarios o dirijan la instalación.
- Tiene un historial médico de cada paciente.

Asistente quirúrgico: Un profesional médico entrenado para asistir en una cirugía en el preoperatorio y el postoperatorio bajo la supervisión de un médico.

Gastos quirúrgicos: Cargos de un médico por:

- un procedimiento quirúrgico,
- un tratamiento preoperatorio necesario durante una estadía en el hospital en relación con tal procedimiento, y
- el tratamiento postoperatorio tradicional.

Procedimiento quirúrgico:

- un procedimiento de corte,
- suturado de una herida,
- tratamiento de una fractura,
- reducción de una dislocación,
- radioterapia (excepto la terapia con isótopos radioactivos), si es usada en lugar de una operación abierta para remover un tumor,
- electrocauterización,
- procedimientos endoscopios de diagnóstico y terapéuticos,
- tratamiento de inyecciones para hemorroides y varices,
- una operación por medio de un láser,
- criocirugía

Discapacitado total: Debido a una enfermedad o lesión, la persona con cobertura no puede tomar parte en la mayoría de las actividades normales de una persona de su edad y sexo con buena salud.

Clínica sin cita previa: Una clínica con un grupo de médicos, que no está afiliada a un hospital, que proporciona: servicios de diagnósticos, observación, tratamiento y rehabilitación a pacientes externos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza no cubre ni proporciona beneficios para:

- 1) Gastos en los que se incurre como resultado de tratamiento odontológico, exceptuando el tratamiento que resulta de la lesión a los dientes naturales sanos o el beneficio limitado de alivio del dolor de emergencia odontológica.
- 2) Gastos en los que se incurre por servicios normalmente provistos sin cargo por el Servicio de salud de los asegurados, por un Hospital o por Prestadores de servicios médicos empleados por el asegurado.
- 3) Gastos en los que se incurre debido a refracción ocular, terapia visual, queratotomía radial, anteojos, lentes de contacto u otros auxiliares para la visión o el oído.
- 4) Gastos en los que se incurre como resultado de una lesión debida a haber participado de un disturbio. “La participación en un disturbio” significa tomar parte en un disturbio de cualquier manera, incluyendo incitar los disturbios o conspirar para incitarlos. No incluye acciones realizadas en defensa propia, mientras que no se realicen contra personas que estén tratando de restaurar la ley y el orden.
- 5) Gastos en los que se incurre debido a un accidente que ocurrió como consecuencia de viajar como pasajero o de cualquier otra manera en un vehículo o aparato de navegación aérea, excepto si se viaja como pasajero que paga pasaje en un avión operado por una aerolínea programada que mantiene una publicación regular de los horarios de los vuelos en rutas establecidas regularmente.
- 6) Gastos en los que se incurre debido a lesión o enfermedad que resulta de una guerra declarada o no declarada o cualquier acto de la misma.
- 7) Gastos en los que se incurre que resultan de una lesión o enfermedad debido a realizar un trabajo a cambio de un salario o ganancia o para los cuales los beneficios son pagaderos bajo cualquier Ley de Compensación al trabajador o Enfermedad profesional.

- 8) Gastos en los que se incurre debido a una lesión ocurrida o enfermedad contraída mientras se encuentra al servicio de las Fuerzas Armadas de cualquier país, la prima no devengada proporcionalmente retribuirá al asegurado.
- 9) Gastos en los que se incurre debido a tratamiento recibido en un hospital gubernamental a menos que haya una obligación legal de pagar tales cargos en ausencia de un seguro.
- 10) Gastos en los que se incurre debido a un tratamiento electivo o una cirugía electiva.
- 11) Gastos en los que se incurre debido a cirugía cosmética, cirugía reconstructiva u otros servicios o suministros que mejoren, alteren o realcen la apariencia, sin importar las razones psicológicas o emocionales, excepto si son necesarias para:

mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo que no sea un diente ni una estructura de sujeción de los dientes, y que está malformada debido a un defecto grave de nacimiento, incluidos el labio leporino y los dedos de pies o manos palmeados, o es la consecuencia directa de una enfermedad o una intervención quirúrgica llevada a cabo para tratar una enfermedad o lesión.

reparar una lesión (incluida la cirugía reconstructiva de una prótesis para una persona con cobertura a la que se le ha practicado una mastectomía) que ha tenido lugar mientras la persona con cobertura estaba bajo este plan. La cirugía debe llevarse a cabo durante el año de póliza en el que se ha sufrido el accidente que causó la lesión o durante el siguiente año de póliza.

- 12) Gastos cubiertos por cualquier otro seguro médico, de salud o de accidentes válido y pagadero al grado que los beneficios son cubiertos por otro seguro válido y pagadero así se haga o no un reclamo por tales beneficios.
- 13) Gastos en los que se incurre debido a medicina preventiva, sueros, vacunas o anticonceptivos orales.
- 14) Gastos en los que se incurre debido a haber cometido un crimen.
- 15) Gastos en los que se incurre debido a abortos voluntarios o electivos.
- 16) Gastos en los que se incurre luego de que la fecha del contrato expira para la persona con cobertura.
- 17) Gastos en los que se incurre debido a servicios normalmente proporcionados sin cargo por la escuela y cubierto por los honorarios de servicios de la escuela.
- 18) Gastos en los que se incurre debido a cualquier servicio rendido por un miembro de la familia inmediata de la persona con cobertura o por una persona que vive en el hogar de la persona con cobertura.
- 19) Gastos en los que se incurre debido a un tratamiento, servicio o suministro que no es médicamente necesario según lo determina Aetna, para el diagnóstico, cuidado o tratamiento de una enfermedad o lesión involucrada. Esto se aplica incluso si son recetadas, recomendadas o aprobadas por el médico o dentista de la persona.

Para que un tratamiento, servicio o suministro sea considerado médicamente necesario, el servicio o suministro debe:

- proporcionar cuidados, o un tratamiento, que presenten una mayor probabilidad de proporcionar resultados significativamente positivos, y una menor probabilidad de proporcionar resultados negativos, que cualquier otro servicio o suministro alternativo, tanto para la enfermedad o la lesión en cuestión como para la salud general de la persona;
- conllevar un procedimiento de diagnóstico que sea adecuado para el estado de salud de la persona y que presente una mayor probabilidad de proporcionar información pertinente para el desarrollo del tratamiento, y una menor probabilidad de proporcionar resultados negativos, que cualquier otro servicio o suministro alternativo, tanto para la enfermedad o la lesión en cuestión como para la salud general de la persona;
- conllevar un diagnóstico, un tratamiento o unos cuidados que no sean más costosos (teniendo en cuenta todos los gastos sanitarios en los que se incurra como consecuencia del tratamiento, servicio o suministro) que cualquier otro servicio o suministro alternativo que pase las pruebas antes mencionadas.

Para determinar si un servicio o suministro es apropiado dadas las circunstancias, Aetna tendrá en cuenta lo siguiente: información relacionada con el estado de salud de la persona afectada; informes de literatura médica revisada por expertos; informes y directrices publicados por organizaciones relacionadas con el cuidado de la salud reconocidas a nivel nacional que incluyan datos científicos comprobados; normas profesionales ampliamente reconocidas en los Estados Unidos sobre la seguridad y la eficacia de diagnósticos, cuidados o tratamientos; la opinión de profesionales de la salud en la especialidad médica en cuestión ampliamente reconocida; y cualquier otra información relevante que se presente ante Aetna.

En ningún caso se considerará que los siguientes servicios o suministros son médicamente necesarios:

- aquellos que no requieran los conocimientos técnicos de un profesional médico, de la salud mental o dentista; o
- aquellos cuyo objetivo principal sea la comodidad o conveniencia de la persona, de cualquier persona que cuide de ella, o de cualquier persona que sea parte de su familia, así como de cualquier prestador de servicios médicos o para instalaciones que ofrecen servicios médicos; o
- aquellos que se desarrollan únicamente porque la persona está hospitalizada en un día en el que la enfermedad o lesión de la persona podría ser diagnosticada o tratada de forma segura y adecuada fuera del hospital; o aquellos que se proporcionan por preferencia de ubicación, si el servicio o suministro puede ser proporcionado de manera segura y adecuada en la consulta de un médico o dentista, o en cualquier otra ubicación menos costosa.

- 20) Gastos en los que se incurre como resultado de un suicidio, intento de suicidio o lesiones infligidas intencionalmente esté cuerdo o no.
- 21) Gastos en los que incurre una persona con cobertura que no es ciudadano de Norteamérica por servicios realizados dentro del país natal de la persona con cobertura.
- 22) Gastos en los que se incurre debido a tratamiento de la disfunción de la articulación tempomandibular y asociado con el dolor miofacial.
- 23) Gastos en los que se incurre debido a tratamiento de desórdenes nerviosos o mentales a menos que se especifique lo contrario en la Póliza.
- 24) Gastos en los que se incurre debido al tratamiento de la adicción al alcohol o las drogas.
- 25) Gastos de recetas de pacientes externos a menos que se especifique lo contrario en la Póliza.
- 26) Gastos de sueros o inyecciones para la alergia.
- 27) Tratamiento de una lesión hasta que los beneficios sean pagaderos con la cobertura automotriz de responsabilidad relativa de cualquier estado, beneficios médicos del primer contratante pagaderos bajo cualquier ley de Responsabilidad relativa obligatoria.

- 28) Gastos por maternidad, métodos anticonceptivos, dispositivos o auxiliares y cargos por o relacionados con inseminación artificial, fertilización in vitro o procedimientos de transferencia de embriones, esterilización electiva o su reversión o aborto electivo.
- 29) Gastos en los que se incurre debido a, o en relación con, procedimientos, servicios o suministros que son, según lo determine Aetna, experimentales o están en fase de investigación. Se determina que un medicamento, un dispositivo, un procedimiento o un tratamiento son experimentales o están en fase de investigación si:
- No hay suficientes datos disponibles sobre sus resultados en ensayos clínicos controlados que se hayan publicado en literatura revisada por expertos que apoyen su seguridad y eficacia para tratar la enfermedad o lesión en cuestión; o
 - La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) no ha otorgado su aprobación para su uso comercial; o
 - Una empresa o agencia reguladora médica o dental ha determinado por escrito que es experimental, está en fase de investigación o se desarrolla por motivos de investigación; o
 - El protocolo o protocolos escritos utilizados por las instalaciones donde se desarrolla el tratamiento; o el protocolo o protocolos de cualquier instalación que esté estudiando sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento; o el consentimiento informado por escrito que usan las instalaciones donde se desarrolla el tratamiento o usa cualquier otra instalación que esté estudiando el mismo medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento afirman que es experimental, está en fase de investigación o se desarrolla por motivos de investigación.
- No obstante, esta exclusión no se aplicará a los servicios o suministros (que no sean medicamentos) que se apliquen en relación con una enfermedad si Aetna determina que:
- Se prevé que la enfermedad cause la muerte en un período de un año si no se aplica un tratamiento eficaz y los cuidados, o tratamiento, son eficaces para dicha enfermedad, o se muestran potencialmente eficaces para el tratamiento de la enfermedad, según lo demostrado por datos médicos. Para determinar esto, Aetna tendrá en cuenta las conclusiones de una revisión efectuada por un comité de profesionales médicos independientes. Dichos profesionales serán seleccionados por Aetna. En el comité participarán profesionales que traten el tipo de enfermedad en cuestión.
 - A su vez, esta exclusión no se aplicará a los medicamentos:
 - a los que se les ha otorgado la distinción de medicamento nuevo en fase de investigación (IND por sus siglas en inglés), o tratamiento IND/Grupo C; o están siendo estudiados en ensayos clínicos nacionales de Fase III subvencionados por el Instituto Nacional del Cáncer;
 - para los que Aetna determina que hay pruebas científicas disponibles que demuestran que el medicamento es eficaz, o se demuestra que puede ser potencialmente eficaz, para la enfermedad.
- 30) Gastos en los que se incurre por los cuales ningún miembro de la familia inmediata de la persona con cobertura tiene ninguna obligación legal de pagar.
- 31) Gastos en los que se incurre por cuidado asistencial. Cuidado asistencial significa servicios y suministros proporcionados a una persona principalmente para ayudarla en las actividades diarias. Esto incluye alojamiento y comida y otros cuidados institucionales. La persona no tiene que estar discapacitada. Tales servicios y suministros son cuidados asistenciales sin tener en cuenta:
- un p quién los receta, o
 - quién los recomienda, o
 - quién o qué los realiza.
- 32) Gastos en los que se incurre debido a la reparación de miembro artificial preexistente, ortodoncia ortopédica o dispositivos ortésicos.
- 33) Gastos en los que se incurre debido a bypass gástricos y cualquier procedimiento restrictivo para la pérdida de peso.
- 34) Gastos en los que se incurre debido reducción del busto/mamoplastías.

- 35) Gastos en los que se incurre debido a ginecomastia (busto masculino).
- 36) Gastos en los que se incurre debido a cirugía en el seno, excepto en caso de sinusitis purulenta aguda.
- 37) Gastos en los que se incurre debido al: cuidado, tratamiento, servicios o suministros para o relacionados con la apnea obstructiva del sueño y trastorno del sueño, incluyendo CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) o UPP (uvulopalatofaringoplastía).
- 38) Gastos en los que se incurre debido a acupuntura, a menos que los servicios se proporcionen para propósitos anestésicos.
- 39) Gastos en los que se incurre debido a medicina holística o terapia alternativa, incluyendo pero no limitado a yoga e hidroterapia.
- 40) Gastos por: a) cuidado del pie plano, b) aparatos de soporte para el pie, c) callos y juanetes, d) cuidados de las uñas del pie y e) cuidado del arco caído, pies débiles o torcedura del pie crónicas.
- 41) Gastos por lesiones resultantes del accidente de tránsito, mientras que los beneficios sean cubiertos por otro seguro válido y pagadero, se realice o no el reclamo por tales beneficios. La Póliza solo pagará aquellas pérdidas que no cubra la póliza de seguro de pago médico automotriz.
- 42) Gastos en los que se incurre cuando la persona o individuo actúa fuera del marco de su autoridad legal.
- 43) Gastos en los que se incurre por audífonos, los accesorios o la receta de los audífonos.
- 44) Gastos en los que se incurre debido a exámenes de la audición.
- 45) Gastos por trasplantes.
- 46) Gastos por el costo de los suministros utilizados en el desempeño de cualquier terapia ocupacional.
- 47) Gastos por artículos de higiene y comodidad personal, tales como aires acondicionados, humidificadores, jacuzzis, hidromasajes o equipos de ejercicio físico, incluso si tales artículos son recetados por un médico.
- 48) Gastos por servicios o suministros proporcionados para el tratamiento de la obesidad y/o control del peso.
- 49) Gastos por tratamiento y suministros para programas para dejar de fumar.
- 50) Gastos por servicios o suministros en relación con pruebas psicológicas o neuropsicologías.
- 51) Gastos por maternidad, métodos anticonceptivos, dispositivos o auxiliares, y cargos por o relacionados con la transferencia intratubárica de gametos, la inseminación artificial, la fertilización in vitro (salvo en lo estipulado por la legislación estatal) o procedimientos de transferencia de embriones, esterilización electiva o su reversión, o aborto electivo, a menos que esté específicamente contemplado en este plan.
- 52) Gastos en los que se incurre debido a terapia de masajes.
- 53) Gastos en los que se incurre debido a, o en relación con, la terapia del habla.
- 54) Gastos en los que se incurre debido a, o relacionados con, cirugía de cambio de sexo o cualquier tratamiento de desorden de identidad del género.

- 55) Gastos por el tratamiento de una **lesión o enfermedad** en la medida en la que el pago se haga a través de una sentencia o acuerdo por parte de cualquier persona considerada responsable de la **lesión o enfermedad** (o su aseguradora).
- 56) Gastos que surgen de una condición preexistente que excede los \$10.000.
- 57) Gastos en los que se incurre debido al cuidado quiropráctico.
- 58) Gastos en los que se incurre por el tratamiento contra el acné. Cualquiera de las exclusiones de arriba no se aplicarán mientras que la cobertura esté específicamente provista por nombre en la Póliza o si se requiere cobertura de los cargos bajo cualquier ley que se aplique a la cobertura.

Los programas de descuento proporcionan acceso a tarifas de descuento y NO son beneficios asegurados. Los programas de descuento y los servicios de asistencia de viaje son ofrecidos por proveedores que son contratistas independientes y no empleados o agentes de Aetna. Los programas de información sobre la salud proporcionan información general sobre la salud y no son un sustituto de un diagnóstico o tratamiento de un médico u otro profesional del cuidado de la salud.

El Plan de Youth For Understanding Student Health Insurance está subvencionado por Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltda. El Plan está administrado por Chickering Claims Administrators, Inc. Aetna Student Health es la marca de los productos y servicios provistos por estas compañías. Este material es solo informativo y no es una oferta o invitación para contratar. Los planes de los seguros de salud contienen exclusiones y limitaciones.

El siguiente plan no está afiliado a Aetna.

El seguro privado contra terceros provisto por Generali Gruppe

se ha resumido aquí para las familias naturales/adoptivas, estudiantes y representantes locales por razones meramente ilustrativas. Este resumen no constituye un reemplazo de los términos y condiciones completos. Para conocer los detalles completos de la póliza, contáctese con Compass Benefits:

yfuclaims@compassbenefits.com.

Los términos y condiciones del seguro contra terceros provisto por: Generali Gruppe # 8470669001

Cantidad

en euros

Cobertura general €1,000,000

Deducible/Exceso

 Daño de propiedad €125

 Daño personal Nada

Daños a una propiedad

rentada €250,000

Daño gradual €1,000,000

Fianza €25,000

Perdida de las llaves €15,000

Daños al activo €200,000

Daño a terceros a su

propiedad €2,500

Cobertura de perdidas €2,500

Beneficios cubiertos

- 1) Generali garantiza al asegurado la cobertura del seguro en el caso de que un tercero solicite compensación debido a daños personales (durante el periodo de cobertura) a otro individuo (humano) que resulta en una muerte, una lesión o daño a su salud al igual que por daño o demolición de su propiedad (no intencional).
- 2) La cobertura del seguro se aplica a la responsabilidad legal
 - a. de determinados beneficios en la póliza de seguro, relaciones o actividades legales del asegurado (riesgo asegurado),
 - b. de riesgos que surgen para el asegurado después de firmar el contrato.

Comienzo del seguro, beneficios del plan y términos de pagos.

I.

- 1) La cobertura del seguro comienza en la fecha determinada de la póliza de seguro.

II.

- 1) Si se realizó un reclamo, las obligaciones de Generali incluyen:
 - a) investigar si el reclamo es legítimo,
 - b) denegar cualquier reclamo injustificado,
 - c) reembolso de los pagos que el asegurado tuvo que realizar con motivo de un reconocimiento aprobado de Generali, un compromiso aprobado o una decisión de la corte legal.
 - d) Si la obligación de pago de Generali es cierta, se debe realizar la compensación dentro de las dos semanas, sin embargo esto se puede demorar cuando concierne a pagos internacionales.
- 2) Los beneficios del plan de Generali y el monto de la cobertura determinados en la póliza forman el límite máximo de cada situación de reclamo. Se acordó que el asegurado tome parte en cada evento del daño y realice el deducible.
- 3) En caso de un evento asegurado que vaya a la corte, la demanda entre el asegurado y la persona perjudicada o su sucesor legal serán retenidos en Alemania y el asegurado será representado por Generali.

III.

- 1) En caso de un procedimiento legal, Generali solo pagará el monto asegurado que está escrito en la póliza de seguro.

Beneficia De Responsabilidad

I.

A menos que la póliza de seguro no exponga claramente lo contrario, la cobertura del seguro no incluye:

- 1) Reclamos de responsabilidad que, basándose en el contrato o en acuerdos especiales, excedan la responsabilidad legal del asegurado.
- 2) Reclamos de ganancias, pensiones, salario y otros pagos/beneficios establecidos, tratamiento médico al igual que reclamos por tumulto o inestabilidad política.
- 3) La póliza de seguro solo es válida en el país anfitrión del participante listado en su formulario de inscripción y no proporcionará cobertura en el país natal del participante ni en ningún otro país visitado durante el periodo de duración de la póliza.
- 4) Reclamos por responsabilidad de lesiones resultantes de la participación en carreras de caballos, bicicleta o vehículos motorizados, boxeo o luchas en el cuadrilátero, al igual que durante el entrenamiento de dichos eventos.
- 5) Reclamos de responsabilidad por daño a la propiedad que surgen/se originan por la exposición gradual a la temperatura, gases, vahos, humedad, precipitaciones (humo, hollín, polvo y sustancias similares), aguas residuales, desarrollo de hongos, hundimiento de la tierra en un terreno, derrumbamientos, movimiento de la tierra debido a trabajos de base, inundaciones debidas a aguas estancas o en movimiento al igual que daños realizados por el ganado o animales salvajes.
- 6) Reclamos por daños a las posesiones de un tercero si
 - el asegurado rentó, arrendó, tomó prestada o robó un objeto de valor.
 - los daños tienen relación con un trabajo o empleo o los daños resultan de esas acciones.

- 7) Reclamos de responsabilidad sobre propiedades que están relacionadas con la radiación ionizada (tales como sustancias radioactivas que emiten radiación alfa, beta o gama al igual que neutrones) al igual que radiación láser.
- 8) Reclamos por responsabilidad sobre la propiedad debido a las influencias ambientales y todos los otros daños que resulten de ella, al igual que por fuego o explosión.
- 9) Reclamos por daños que resultan del manejo de asbestos, sustancias o productos que contienen asbestos.
- 10) Trabajo relacionado o reclamos por daños mientras el asegurado está en el trabajo.

II.

Las exclusiones restantes del seguro son:

- 1) Cualquier reclamo al seguro por daños que fueron causados deliberadamente.
- 2) Reclamos de responsabilidad
 - a) por daños dentro de la familia del asegurado. Las siguientes personas listadas son consideradas como miembros de la familia y parientes: conyugues, compañeros en el sentido de pareja legítima, padres e hijos, padres adoptivos e hijos adoptivos, suegros y nueras y yernos, padrastros e hijastros, hermanos al igual que familias de acogida.
 - b) que involucren a otros participantes que estén asegurados bajo el mismo grupo de póliza de seguro como el asegurado.
 - c) de representantes legales de personas que no puedan contratar o que tengan habilidades contractuales limitadas.
 - d) de liquidadores.
- 3) Reclamos de responsabilidad que pueden ser rastreados hasta la negligencia del asegurado, donde se haya ignorado o subestimado circunstancias potencialmente peligrosas que conocían y no rectificaron.
- 4) Reclamos de responsabilidad por daño personal, resultante de la transmisión de una dolencia/enfermedad del asegurado a un tercero, al igual que daños a la propiedad que se originan cuando esta enfermedad infecta a animales que estaban en posesión, tenencia del asegurado, a menos que el asegurado no haya actuado de forma deliberada o terriblemente negligente.

III.

Evento asegurado/Ocurrencia de un evento asegurado

- **Obligaciones Del Asegurado, Procedimientos**

- 1) El caso asegurado de acuerdo con la póliza de seguro es el evento de un daño, que podría resultar en reclamos de responsabilidad contra el asegurado.
- 2) En caso de un evento que podría resultar en reclamos de responsabilidad, Generali tiene que ser informada inmediatamente sobre los detalles de forma escrita y dentro de la semana de ocurrido el evento. En caso de cualquier tipo de acción legal tomada contra el asegurado por el estado o por un tercero involucrado, después de informar a Generali sobre el evento, el asegurado tiene la obligación de reportar esto o cualquier otro cambio a Generali. Si el tercero involucrado reclama una compensación del asegurado, Generali tiene que ser informado sobre este reclamo por el asegurado dentro de la semana de ocurrido el evento.
- 3) El asegurado está obligado a actuar según los intereses de y seguir las instrucciones de Generali para posiblemente prevenir o minimizar el daño y para hacer todo lo posible para aclarar el caso del daño. El asegurado tiene que apoyar a Generali para defender cualquier daño al igual que ayudar con la verificación y las regulaciones de daños. Esto incluye proveer declaraciones completas y verdaderas, describir las circunstancias en detalle y entregar los papeles y documentos relevantes que Generali necesita.
- 4) En caso de que se haya presentado una demanda sobre el reclamo de responsabilidad, el asegurado tiene que entregar total/completamente el liderazgo/la conducción del caso a Generali.
- 5) El asegurado no tiene derecho a aceptar/aprobar/reconocer completa/parcialmente un reclamo de responsabilidad, ni a hacer ningún tipo de pago al tercero que reclama, sin la autorización de Generali. Al violar estos términos, Generali queda libre de cualquier obligación de proporcionar indemnización.

- 6) Generali está autorizada para presentar declaraciones apropiadas en nombre del asegurado para resolver o defender el reclamo.
- Las Consecuencias Legales De Violar Las Obligaciones Estipuladas Si cualquiera de las obligaciones mencionadas en el §4 fueran violadas, el asegurado perderá su cobertura de seguro completa, a menos que el asegurado pueda probar que las obligaciones no fueron violadas deliberadamente o por flagrante negligencia.

IV.

Contenido de la póliza de seguro

- Limitaciones Del Reclamo, Periodo De Presentación De Una Demanda
- 1) Los reclamos basados en la póliza de seguros prescriben dentro de los dos años. La fecha límite comienza al final del año en que los beneficios pueden ser reclamados.
- 2) Si Generali deniega cobertura del seguro, el asegurado tiene derecho a buscar una decisión judicial para el caso dentro de los seis meses para recuperar la cobertura del seguro. La fecha límite comienza con el recibo de la denegación escrita de Generali.
- Precedente De Condiciones De La Póliza Para El Asegurado

I.

- 1) El asegurado o su representante autorizado están obligados a dar un aviso escrito, completo y veraz y a responder todas las preguntas formuladas en el formulario de inscripción sobre cualquier circunstancia potencialmente peligrosa conocida que podría efectuar la póliza, antes de firmar el contrato con Generali.
- 2) Si el contrato fuera firmado por un representante autorizado o no autorizado del asegurado, que conozcan cualquier circunstancia potencialmente peligrosa, el asegurado será tratado como si lo hubiera sabido y, en ese caso, será considerado encubrimiento fraudulento.

II.

- 1) La información incompleta o defectuosa proporcionada sobre cualquier circunstancia potencialmente peligrosa le da a Generali derecho a retirarse del contrato. También será válido si el asegurado retiene la información sobre estas circunstancias.
- 2) En caso de retiro de Generali, la cobertura del seguro cesará.

III.

- 1) En caso de encubrimiento fraudulento, el derecho de Generali a retirarse del contrato con el asegurado o su representante permanece intacto.

- Ley Aplicable

Para este contrato la ley alemana es aplicable.

Tribunal de jurisdicción

- 1) Por quejas/demandas que resultan de la póliza de seguro contra Generali, la autoridad judicial será decidida/definida de acuerdo con la ubicación de la oficina registrada o la sucursal de Generali responsable de esta póliza de seguro.

- Notificaciones/Reportes Y Declaración/Exposición De Intención

- 1) Todas las notificaciones/reportes e información dirigida a Generali tienen que ser entregadas por escrito.

Cobertura proporcionada por:

Generali Gruppe Generali Versicherung AG
Adenauerring 7 81737 München, Alemania
Número de póliza en Generali: 212 625 1911

Información de reclamos:

En caso de reclamo, los estudiantes de YFU (Juventud para el entendimiento) deben seguir los pasos 1 y 2 en un plazo de 7 días.

1. Completar el formulario de reclamo:

http://www.compassbenefits.com/yfu/generali_claim_form_0110.pdf

2. Presentar el formulario de reclamo en el sitio web de Generali y adjuntar todos los documentos pertinentes* en:

<http://www.versicherungundmehr.de/schadenmeldung/english.php>

O

Enviar un correo electrónico con el formulario de reclamo y los documentos pertinentes* a **yfuclaims@compassbenefits.com**

3. Si tiene alguna duda:

a. Llame al teléfono gratuito **1 (800) 767-0169 x 23**

b. Llame a la línea directa en inglés de Generali: **0049 30 / 92 38 37 758** (las llamadas desde el extranjero correrán a cargo de la persona que llama)

c. Envíe un correo electrónico a **info@versicherungundmehr.de**

*Entre los documentos pertinentes pueden incluirse recibos, presupuestos de arreglos y/o fotos.

El tiempo para procesar los reclamos por responsabilidad varía según el reclamo, dependiendo de su naturaleza. Los reclamos son internacionales dado que Generali tiene su sede en Europa y el proceso de tramitación de reclamos puede sufrir demoras.

Los formularios de reclamo e información adicional se pueden encontrar en

www.compassbenefits.com/yfu

www.aetna.comstudenthealth.com

Asegúrese de revisar la póliza completa para conocer los beneficios, condiciones, definiciones y exclusiones del plan completo. Ciertas condiciones no se encuentran cubiertas. Algunos ejemplos incluyen cuidado preventivo como es el caso de vacunas, atención dental, óptica, condiciones preexistentes, atención que no sea médicamente necesaria. Otros beneficios pueden tener límites como en el caso de salud mental o fisioterapia. La póliza del plan presentada en inglés constituye la póliza legal completa. Dicha póliza sustituye a este documento.