

# Accident and Sickness Limited Benefit Cash Insurance

Underwritten by:

Federal Insurance Company,  
a member insurer of the Chubb Group of  
Insurance Companies  
202B Hall's Mill Road  
Whitehouse Station, NJ 08889

Administered by:

Ideal Concepts, Inc.  
c/o SureMed Member Support  
665 Union Blvd  
Allentown, PA 18109  
(610) 740-0009

## **Important Notice - Please Read this Description of Coverage Carefully**

As a handy reference guide, please read this document and keep it in a safe place with Your other insurance documents. This description of coverage is not a contract of insurance but is a summary of the principal provisions of the insurance while in effect. Complete provisions are contained in the Policy form 9908-23-02, which can be obtained from the Policy Administrator.

POLICYHOLDER: American Better Health Organization  
GROUP POLICY NO.: 9908-23-02

### CLASS DESCRIPTION:

If Single coverage is elected: All members of the Policyholder enrolled in the Plan X – Single level of membership.

If Couple coverage is elected: All members of the Policyholder enrolled in the Plan X – Couple level of membership, as well as their Spouse or Domestic Partner.

If Single Parent coverage is elected: All members of the Policyholder enrolled in the Plan X – Single Parent level of membership, as well as their Dependent Children.

If Family coverage is elected: All members of the Policyholder enrolled in the Plan X – Family level of membership, as well as their Spouse or Domestic Partner and Dependent Children.

### **WHEN DOES MY COVERAGE BECOME EFFECTIVE?**

Subject to payment of premium due, Your insurance becomes effective on the later of the following: 1) on the date the policy is effective which is October 1, 2017; or 2) when We accept the eligible person's enrollment form.

### **WHEN DOES MY DEPENDENT'S COVERAGE BECOME EFFECTIVE?**

If You want to cover an eligible Dependent per the Class Description above, he or she will become a Covered Person on the later of the following: 1) the effective Date of Your insurance under this policy, subject to payment of any premium due; or 2) the date You enroll the Dependent for insurance and pay the premium due.

### **WHEN DOES COVERAGE TERMINATE?**

Insurance for a Covered Person automatically terminates on the earliest of: 1) the termination date of this policy; 2) the expiration of the period for which required premium has been paid for

such Covered Person; 3) the date on which a person no longer meets the eligibility criteria as a Covered Person; 4) the date the Covered Person requests in writing that coverage be terminated; 5) the date on which the Covered Person attains age ninety (90); or 6) for any Dependent Covered Person, the date Your insurance terminates.

### **HOW DO I ADD NEWBORN CHILDREN AND ADOPTED CHILDREN IF I AM ALREADY COVERED?**

Newborn Children: A newborn child born to You or Your Spouse or Domestic Partner will become insured under this policy automatically from birth as long as Your coverage was in force on that date. Coverage includes prematurity, congenital defects and birth abnormalities. The newborn child's coverage will not continue past the thirty-one (31) day period following birth unless: 1) We are notified by the end of that thirty-one (31) day period of the addition of such newborn child; and 2) any applicable additional premium is paid.

Adopted Children: An adopted child who has not attained eighteen (18) years of age, will become insured under the Policy automatically as of the date of adoption or placement for adoption as long as Your insurance is in force. Placement for adoption means the assumption and retention by You of legal obligation for total or partial support of a child in anticipation of the child's adoption. Coverage for an adopted child will not continue past the thirty-one (31)-day period following placement unless: 1) We are notified by the end of the thirty-one (31)-day period of the addition of such adopted child; and 2) any applicable additional premium is paid.

### **WHAT BENEFITS ARE INCLUDED?**

Benefits are provided in the United States including its territories and jurisdictions.

Benefits are payable based on the Plan Year as follows: Description of Coverage Year

The following benefits are included in Your coverage.

The covered Spouse or covered Domestic Partner is paid at 100% of Your Benefit Amount listed below for any loss covered under this policy.

The covered Dependent Child is paid at 100% of Your Benefit Amount listed below for any loss covered under this policy.

## **IN-HOSPITAL INDEMNITY BENEFIT**

### **What Is This Benefit?**

We will pay the daily In-Hospital Benefit Amount shown below, for each day a Covered Person is In-Hospital due to a Sickness or Accident. The first day of a Hospital stay must occur within thirty (30) days of the Accident, causing the Injury.

The In-Hospital Benefit Amount will be paid until the earliest of the date the:

- 1) Covered Person dies;
- 2) Covered Person is no longer In-Hospital; or

- 3) Maximum Number of Days, shown below, has elapsed; or
- 4) Maximum Benefit Amount has been paid.

A Confinement for a Sickness shall not be combined with another Confinement for an Accident in determining a Period of Confinement.

We will not pay more than the Maximum Benefit Amount, shown below.

**How much insurance is provided?**

Daily Benefit Amount: \$(X)

Maximum Number of Days per Period of Confinement: 7

Maximum Benefit Amount per Plan Year: \$(X)

**What Special Conditions Apply To This Benefit?**

If a Covered Person is discharged from the Hospital and a different Sickness or Accident causes such Covered Person to be In-Hospital again after 1 day of non-confinement, then We will consider it a new Period of Confinement. If a Covered Person is discharged from the Hospital and readmitted for the same Sickness or Accident as the prior Period of Confinement within 180 days of the prior Period of Confinement's discharge, it will be considered the same Period of Confinement. If it is considered the same Period of Confinement then a Covered Person will not have to satisfy a new Elimination Period but is subject to the same Maximum Number of Days and any Maximum Benefit Amounts shown above for that Sickness or Accident. If it is considered a new Period of Confinement, then a new Elimination Period must be satisfied but the Covered Person is entitled to a new Maximum Benefit Amount.

**PHYSICIAN OFFICE VISIT INDEMNITY BENEFIT**

**What Is This Benefit?**

We will pay the Physician Office Visit Indemnity Benefit Amount, as shown below, for a Physician office visit as a result of an Accident or Sickness. The visit must be made to the Physician's office or clinic. The visit to a Physician's office must occur within thirty (30) days of the Accident, causing an Injury.

Benefits are not payable for:

- 1) visits made by a Physician while the Covered Person is Confined in a Hospital;
- 2) routine eye examinations, or fitting of glasses or fitting of hearing aids;
- 3) dental examinations or dental care other than expenses resulting from Accidental injury; or
- 4) Annual physicals, school sports physicals, and other types of preventive visits not required due to an Accident or Sickness.

We will not pay more than the Maximum Benefit Amount, shown below.

**How much insurance is provided?**

Per Visit Benefit Amount: \$(X)

Maximum number of visits per Plan Year: 3

## **EMERGENCY ROOM INDEMNITY BENEFIT**

### **What Is This Benefit?**

We will pay the Emergency Room Benefit Amount, shown below, if an Accident or Sickness causes the Covered Person to require and receive Emergency Medical Care in an emergency room of a Hospital. Treatment must be received within 24 hours of the Accident.

We will not pay more than the Maximum Benefit Amount shown below.

### **How much insurance is provided?**

Per Visit Benefit Amount: \$(X)

Maximum number of emergency room visits per Plan Year: 1

## **SURGICAL INDEMNITY BENEFIT**

### **What Is This Benefit?**

We will pay the Surgical Indemnity Benefit if a Covered Person has a Major or Minor Surgical Procedure performed while In-Hospital or on an outpatient basis in an Outpatient Unit. The Benefit Amounts are shown below.

If two or more procedures are performed through the same incision or operative field, payment will be made only for the procedure of the larger benefit. If more than one procedure is performed but each through separate incisions or in a separate operative field, the amount payable shall be the specified amount for the primary procedure plus 50% of the amount payable for all other surgical procedures performed.

A surgical procedure due to Accident must occur within thirty (30) days of the Accident, causing an Injury.

We will not pay more than the maximum number of Major or Minor Surgical Procedures in a Plan Year as shown below.

### **How much insurance is provided?**

Benefit Amount per In-Hospital Major Surgical Procedure per Covered Person per Plan Year: \$(X)

Benefit Amount per Major Surgical Procedure performed in an Outpatient Unit per Covered Person per Plan Year: \$(X)

Benefit Amount per In-Hospital Minor Surgical Procedure per Covered Person per Plan Year: \$(X)

Benefit Amount per Minor Surgical Procedure performed in an Outpatient Unit per Covered

Person per Plan Year: \$(X)

Maximum Number of In-Hospital Procedures per Covered Person per Plan Year regardless of whether a Major or Minor Surgical Procedure: 2

Maximum Number of Outpatient Unit Procedures per Covered Person per Plan Year regardless of whether a Major or Minor Surgical Procedure: 2

## **GROUND AMBULANCE TRANSPORTATION INDEMNITY BENEFIT**

### **What Is This Benefit?**

If a Covered Person requires the use of an ambulance service by ground for transportation to or from a Hospital or from one Hospital to another Hospital for care and treatment of an Accident or Sickness, We will pay the Ground Ambulance Transportation Benefit Amount shown below. We will not pay more than the Maximum Benefit Amount shown below.

We will not pay more than the maximum number of trips shown below in a Plan Year.

### **How much insurance is provided?**

Per trip Benefit Amount: \$(X)

Maximum number of ground ambulance trips per Plan Year 2

## **AIR AMBULANCE TRANSPORTATION INDEMNITY BENEFIT**

### **What Is This Benefit?**

If a Covered Person requires the use of an ambulance service by air for transportation to or from a Hospital or from one Hospital to another Hospital for care and treatment of an Accident or Sickness We will pay the Air Ambulance Transportation Benefit Amount shown below.

We will not pay more than the maximum number of trips shown below in a Plan Year.

### **How much insurance is provided?**

Per trip Benefit Amount: \$(X)

Maximum number of air ambulance trips per Plan Year: 1

## **DIAGNOSTIC X-RAY AND LABORATORY INDEMNITY BENEFIT**

### **What Is This Benefit?**

We will pay the Diagnostic X-Ray and Laboratory Indemnity Benefit, as shown below, when a Covered Person has diagnostic x-ray and laboratory tests performed. Such tests and diagnostic

x-rays must be ordered by a Physician and be related to an Accident or Sickness. This insurance does not pay for x-rays or laboratory tests performed while Confined in a Hospital. In addition, if a test is payable under the Advanced Diagnostic Test Indemnity Benefit, it will be paid under that Benefit and not this Benefit.

A diagnostic x-ray and laboratory tests performed due to Accident must be done within thirty (30) days of the Accident, causing an Injury.

We will not pay more than the number of tests shown in Section II of the Schedule of Benefits in a Plan Year.

**How much insurance is provided?**

Benefit Amount per x-ray or test per Covered Person: \$(X)

Maximum number of X-rays and tests per Covered Person per Plan Year: 1

**ADVANCED DIAGNOSTIC TEST INDEMNITY BENEFIT**

**What Is This Benefit?**

We will pay the Advanced Diagnostic Test Indemnity Benefit, as shown below, when a Covered Person has one of the following tests performed: Angiogram /Arteriogram, EEG, Myelogram, CT Scan, MRI Scan, or PET Scan Such tests must be ordered by a Physician and be related to an Accident or Sickness. This insurance does not pay for tests performed while Confined in a Hospital.

We will not pay more than the number of tests shown below in a Plan Year.

**How much insurance is provided?**

Per test per Covered Person per Plan Year: \$(X)

Number of tests per Covered Person per Plan Year: 1

**WHAT DEFINITIONS APPLY TO MY COVERAGE?**

The following definitions are important to Your benefits:

Accident or Accidental means a sudden, unforeseen, and unexpected event which happens by chance, arises from a source external to the Covered Person, is independent of illness, disease or other bodily malfunction or medical or surgical treatment thereof; occurs while the Covered Person is insured under this policy which is in force; and is the direct cause of loss. Advanced Diagnostic Test means the following tests: Angiogram /Arteriogram, EEG, Myelogram, CT Scan, MRI Scan, and PET Scan. Benefit Amount means the amount stated in the provision entitled WHAT BENEFITS ARE INCLUDED? for a benefit covered under this policy for a Covered Person. Class means the categories of Covered Persons described on page 1 of the Description of Coverage. Company means Federal Insurance Company. Complications of Pregnancy means conditions which require Hospital stays before the pregnancy ends and whose diagnoses are distinct from but are caused or affected by pregnancy. These conditions are: 1) acute

nephritis or nephrosis; and 2) cardiac decompensation or missed abortion; and 3) similar medical and surgical conditions of comparable severity; and 4) non-elective caesarean section; and 5) termination of an ectopic pregnancy; and 6) spontaneous termination when a live birth is not possible. (This does not include elective abortion.) Confined or Confinement means being admitted to a Hospital to receive inpatient services for which the Covered Person is charged at least one day's room and board by the Hospital. Confinement consists of consecutive days of Confinement following the date the Covered Person is admitted as an inpatient in a Hospital. Covered Person means You and Your insured Dependents. Dependent means Your Dependent Child, Your Spouse, or Your Domestic Partner. Dependent Child means Your unmarried child from the moment of birth, including a natural child, grandchild, stepchild or adopted child from the date of placement with You. The Dependent Child must be primarily dependent upon You for maintenance and support, and must be: 1) under the age of twenty-six (26); 2) under the age of twenty-six (26) if enrolled as a full-time student at an Institution of Higher Learning; or 3) classified as an Incapacitated Dependent Child. Description of Coverage Year means the consecutive twelve (12) month period starting with the Insured Person's effective date of coverage under this policy and ending on the day before the anniversary date of such effective date. Domestic Partner means a person designated by You who is registered as a Domestic Partner or legal equivalent under laws of the governing jurisdiction or who is at least eighteen (18) years of age and competent to enter into a contract; is not related to You by blood; has exclusively lived with You for at least twelve (12) consecutive months prior to the date of enrollment; is not legally married or separated; and as of the date of enrollment, has with You at least two (2) of the following financial arrangements: a) a joint mortgage or lease; b) a joint bank account; c) joint title to or ownership of a motor vehicle or status as a joint lessee on a motor vehicle lease; or d) a joint credit card account with a financial institution. Neither You nor the Domestic Partner can be married to, nor in a civil union with, anyone else. Emergency Medical Care means the sudden onset of a medical condition due to Accident or Sickness for which the Covered Person seeks immediate medical care at the nearest available facility. The condition must be one that manifests itself by acute symptoms that are sufficiently severe that, without immediate medical attention, could reasonably be expected to result in: placing the Covered Person's health in serious jeopardy; serious impairment of bodily functions; or serious dysfunction of any bodily organ or part. Experimental or Investigational means the service, supply, care or treatment has not been demonstrated in scientifically valid clinical trials and research studies to be safe and effective for a particular indication and has not been approved or accepted as essential to the treatment of an Accident or Sickness by any of the following: 1) The American Medical Association 2) The United States Surgeon General 3) The United States Department of Public Health 4) The National Institutes of Health Medicare Hospital means a public or private institution which: 1) is licensed in accordance with the laws of the jurisdiction where it is located; 2) is accredited by the Joint Commission on Accreditation of Hospitals; 3) operates for the reception, care and treatment of sick, ailing or injured persons as in-patients; 4) provides organized facilities for diagnosis and medical or surgical treatment; 5) provides twenty-four (24) hour nursing care; 6) has a Physician or staff of Physicians; and 7) is not primarily a day clinic, rest or convalescent home, assisted living facility or similar establishment and is not, other than incidentally, a place for the treatment of alcoholics or drug addicts. Immediate Family Member means Your 1) Spouse or Domestic Partner; 2) children including adopted children or stepchildren; 3) legal guardians or wards; 4) siblings or siblings-in-law; 5) parents or parents-in-law; 6) grandparents or grandchildren; 7) aunts or uncles; 8) nieces and nephews. Immediate

Family Member also means a Spouse's or Domestic Partner's children, including adopted children or stepchildren; legal guardians or wards; siblings or siblings-in-law; parents or parents-in-law; grandparents or grandchildren; aunts or uncles; nieces or nephews. Incapacitated Dependent Child means a child who, as a result of being mentally or physically challenged, is permanently incapable of self-support and permanently dependent on You for support and maintenance. The incapacity must have occurred while the child was: 1) under the age of twenty-six (26); or 2) under the age of twenty-six (26) if enrolled as a full-time student at an Institution of Higher Learning. In-Hospital means registered as an in-patient and Confined to a Hospital while being treated by a Physician. In-Hospital does not include confinement solely for convalescent or nursing care. Institution of Higher Learning means any accredited public or private college, university, professional trade or vocational school beyond the twelfth (12) grade. Major Surgical Procedure means a surgical procedure required to treat an Accident or Sickness that requires general anesthesia with respiratory assistance. Mental Illness means those illnesses classified as disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders published by the American Psychiatric Association that is current as of the date services are rendered to a Covered Person. For purposes of the policy, Mental Illness does not include alcoholism or drug or substance abuse. Minor Surgical Procedure means a surgical procedure required to treat an Accident or Sickness that requires general anesthesia but no respiratory assistance. Outpatient Unit means a licensed treatment center that has: 1) permanent facilities; 2) a Physician present during all operating hours; and 3) ancillary services, including laboratory and X-ray, staffed during all operating hours. Period of Confinement means a period of consecutive days of In-Hospital from the date the Covered Person is admitted to the Hospital until the date of discharge. The Period of Confinement must be for at least one 24 hour period. A Confinement for a Sickness shall not be combined with another Confinement for an Accident in determining a Period of Confinement. Physician means a licensed practitioner of the healing arts, acting within the scope of his or her license to the extent provided by the laws of the jurisdiction in which medical treatment is provided. Physician does not include: 1) the Covered Person; 2) an Immediate Family Member; 3) the Covered Person's employer or business partner; or the Policyholder. Plan Year means the 12 month period of time used to determine how benefits are paid. The Plan Year is shown in the section entitled WHAT BENEFITS ARE INCLUDED?. Policyholder means the entity identified in the Insuring Agreement. Policy Year means the consecutive 12 months period starting on the Policy Effective Date. Pre-existing Condition means an Accident or Sickness for which, in the 6 months before the Covered Person becomes insured under the policy medical advice, treatment or care was sought by the Covered Person, or, was recommended by, prescribed by or received from a Physician. Proof of Loss means written evidence acceptable to Us that an Accident or Sickness has occurred that results in a loss covered under this Policy. Sickness means a physical illness or disease or Mental Illness that begins while the policy is in force and is not a Pre-existing Condition. Sickness includes Complications of Pregnancy. All Sicknesses due to the same or a related cause are considered one Sickness. Spouse means Your husband or wife who is recognized as such by the laws of the jurisdiction in which You reside. A covered Spouse is a Covered Person. We, Us and Our means Federal Insurance Company. You, Your means an eligible Member who has enrolled for insurance under this Policy.



## WHAT IS NOT COVERED?

This insurance does not apply to any loss that is caused by or resulting from, directly or indirectly:

- 1) any service, supply or care that is Experimental or Investigational.  
This exclusion does not apply to residents of CA.
- 2) Except in ID, IL & MI: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, the Covered Person's commission or attempted commission of a felony or being engaged in an illegal occupation. In ID: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, the Covered Person's commission or attempted commission of a felony. In IL: any Accident or Sickness directly caused by or resulting from the Covered Person's commission or attempted commission of a felony or being engaged in an illegal occupation. In MI: any Accident or Sickness to which a contributing cause was the Covered Person's commission of or attempt to commit a felony or to which a contributing cause was the Covered Person's being engaged in an illegal occupation.  
This exclusion does not apply to residents of CA.
- 3) immunization shots and routine examinations including: health exams; periodic check-ups; pre-marital exams; and routine physicals, except as otherwise covered under the policy.  
This exclusion does not apply to residents of ID & NM.
- 4) Except in IL: any Accident caused by or resulting from, directly or indirectly, the Covered Person being intoxicated, while operating a motorized vehicle at the time of an Accident. Intoxication is defined by the laws of the jurisdiction where such Accident occurs. In IL: any Accident directly caused by or resulting from the Covered Person being intoxicated, while operating a motorized vehicle at the time of an Accident. Intoxication is defined by the laws of the jurisdiction where such Accident occurs.  
This exclusion does not apply to residents of CA, ID, NV & OK.
- 5) Except in ID: Alcoholism or drug or substance abuse. In addition, the insurance does not apply to any confinement in a detoxification facility or drug or alcohol rehabilitation facility that is not also a Hospital or part of a Hospital. In ID: the care and treatment of alcoholism or drug addiction.  
This exclusion does not apply to residents of CA & OK.
- 6) Except in IL & OK: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, the Covered Person being under the influence of any narcotic or other controlled substance at the time of the loss. This exclusion does not apply if any narcotic or other controlled substance is taken and used as prescribed by a Physician. In IL: any Accident or Sickness directly caused by or resulting from the Covered Person being under the influence of any narcotic or other controlled substance at the time of the loss. This exclusion does not apply if any narcotic or other controlled substance is taken and used as prescribed by a Physician. In OK: We will not be liable for any loss sustained or contracted in consequence of a Covered Person being under the influence of any narcotic unless administered on the advice of a Physician.  
This exclusion does not apply to residents of CA, ID & NV.
- 7) Except in CA & FL: Sickness caused by or resulting from a Covered Person's Preexisting Condition if the Sickness occurs during the first 12 months that a Covered Person is insured under this policy. In CA: Sickness caused by a Covered Person's Pre-

existing Condition if the Sickness occurs during the first 12 months that a Covered Person is insured under this policy. In FL: Sickness caused by or resulting from a Covered Person's Pre-existing Condition if the Sickness occurs during the first 12 months after the Covered Person's Enrollment Date under this policy.

- 8) pregnancy, except a Complication of Pregnancy.  
This exclusion does not apply to residents of MT.
- 9) pregnancy of a Dependent Child, unless required by law.  
This exclusion does not apply to residents of AK & MT.
- 10) any rest care or custodial care or treatment for any Accident or Sickness.
- 11) Except in CA & IL: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, the Covered Person participating in military action while in active military service with the armed forces of any country or established international authority. In CA: any Accident or Sickness caused by or resulting from the Covered Person participating in military action while in active military service with the armed forces of any country or established international authority. In IL: any Accident or Sickness directly caused by or resulting from the Covered Person participating in military action while in active military service with the armed forces of any country or established international authority.
- 12) related to the Covered Person's suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury.
- 13) Except in ID: voluntary abortion, except with respect to You or Your covered Spouse or Domestic Partner where such person's life would be endangered if the fetus were carried to term. In ID: an abortion other than to preserve the life of the female upon whom the abortion is performed.
- 14) Except in CA, FL, ID, IL, OK & TN: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, war, undeclared war, civil war, insurrection, rebellion, revolution, warlike acts by a military force or personnel, any action taken in hindering or defending against any of these or any consequences of any of these acts regardless of any other direct or indirect cause or event, whether covered or not, contributing in any sequence to the loss. In CA: any Accident or Sickness caused by war, undeclared war, civil war, insurrection, rebellion, revolution, warlike acts by a military force or personnel, any action taken in hindering or defending against any of these or any consequences of any of these acts regardless of any other direct or indirect cause or event, whether covered or not, contributing in any sequence to the loss. In FL: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, war, undeclared war, civil war, insurrection, rebellion, revolution, warlike acts by a military force or personnel, any action taken in hindering or defending against any of these or any consequences of any of these acts regardless of any other direct or indirect cause or event, whether covered or not, contributing in any sequence to the loss. This exclusion does include acts of terrorism. In IN: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, war. In IL: any Accident or Sickness directly caused by or resulting from war, undeclared war, civil war, insurrection, rebellion, revolution, warlike acts by a military force or personnel, any action taken in hindering or defending against any of these or any consequences of any of these acts regardless of any other direct or indirect cause or event, whether covered or not, contributing in any sequence to the loss. In OK: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, war or act of

war, declared or undeclared, while serving in the military service or any auxiliary unit attached thereto or working in an area of war whether voluntary or as required by an employer. In TN: any Accident or Sickness caused by or resulting from, directly or indirectly, war, undeclared war, civil war, participation in an insurrection, rebellion, revolution, warlike acts by a military force or personnel, any action taken in hindering or defending against any of these or any consequences of any of these acts regardless of any other direct or indirect cause or event, whether covered or not, contributing in any sequence to the loss.

- 15) routine newborn well baby care, including routine nursery charges. This exclusion does not apply to residents of OH.
- 16) Except in KY: Accident or Sickness arising out of and in the course of any occupation for compensation, wage or profit or which are payable under Occupational Disease Law, Workers Compensation or similar law, whether or not application for such benefits have been made. In KY: Accident or Sickness arising out of and in the course of any occupation for compensation, wage or profit or which are payable under Occupational Disease Law, Workers Compensation or similar law, whether or not application for such benefits have been made, but only to the extent that the Covered Person is eligible to participate in such programs.

## **ARE THERE IMPORTANT THINGS TO KNOW WHEN FILING A CLAIM?**

Yes, these are the Claim Provisions:

Answers to specific questions can be obtained by writing the Plan Administrator. **To submit a claim please contact the Plan Administrator.**

Plan Administrator  
Ideal Concepts, Inc.  
c/o SureMed Member Support  
665 Union Blvd  
Allentown, PA 18109  
(610) 740-0009

### **Notice of Claim:**

Written Claim Notice must be given to Us or any of Our brokers or appointed agents within twenty (20) days after the occurrence or commencement of any loss covered by this policy or as soon as reasonably possible. Notice must include enough information to identify the Covered Person and Policyholder. Failure to give Claim Notice within twenty (20) days will not invalidate or reduce any otherwise valid claim if notice is given as soon as reasonably possible.

### **Claim Forms:**

When We receive notice of a claim, We will send the Covered Person or the Covered Person's designee, within fifteen (15) days, forms for giving Proof of Loss to Us. If the Covered Person or the Covered Person's designee does not receive the forms, then the Covered Person or the Covered Person's designee should send Us a written description of the loss. This written description should include information detailing the occurrence, type and extent of the loss for which the claim is made.

**Claim Proof of Loss:**

Complete Proof of Loss must be given to Us within ninety (90) days after the date of the loss, or as soon as reasonably possible.

We have a right to examine under oath, as often as We may reasonably require, the Covered Person, the Policyholder, the beneficiary, or the Covered Person's authorized representative. We may also require the Covered Person, the Policyholder or the beneficiary to provide a signed description of the circumstances surrounding the loss and their interest in the loss. The Covered Person, the Policyholder and the beneficiary will also produce all records and documents requested by Us and will permit Us to make copies of such records or documents.

**Claim Payment:**

We will pay the Covered Person, beneficiary, or the Covered Person's assignee the applicable Benefit Amount within sixty (60) days after We receive complete Proof of Loss if the Covered Person, the Policyholder and beneficiary, where applicable, have complied with all the terms of this policy.

**Claim and Suit Cooperation:**

In the event of a claim under this policy, the Policyholder, the Covered Person or the beneficiary, if applicable, must fully cooperate with Us in Our handling of the claim, including, but not limited to, the timely submission of all medical and other reports, and full cooperation with all physical examinations and autopsies that We may require. If We are sued in connection with a claim under this policy, then the Policyholder, the Covered Person or the beneficiary must fully cooperate with Us in the handling of such suit. The Policyholder, the Covered Person or the beneficiary must not, except at their own expense, voluntarily make any payment or assume any obligation in connection with any suit without Our prior written consent.

**ARE THERE ANY OVER-ARCHING PROVISIONS THAT I SHOULD KNOW ABOUT?**

Yes, these are the general provisions. The following provisions apply to the Covered Persons:

**Grace Period:**

The Policyholder is entitled to a grace period of thirty-one (31) days from the premium due date for the payment of premium due. This policy will continue in force during the grace period. The grace period does not apply to the first premium payable during this policy term. Failure to pay the first premium on or before the due date will immediately terminate this policy as of inception. We are not required to provide notification of such termination.

**Compliance by Policyholder and Covered Person :**

We have no duty to provide insurance under this policy unless the Policyholder, the Covered Person and the beneficiary, if applicable, have fully complied with all the terms and conditions of this policy.

**Concealment or Fraud:**

Subject to the “Time Limit on Certain Defenses” provisions, insurance under this policy is void if:

- 1) the Policyholder or any Covered Person has intentionally concealed any material fact or made a material misrepresentation relating to this policy before or after a loss;
- 2) the Policyholder or any Covered Person has intentionally concealed any material fact or made a material misrepresentation relating to a loss or benefit otherwise payable; or
- 3) the Policyholder or any Covered Person files a false report of a loss.

**Assigned Payment of Benefits:**

You may assign payment of benefits by notifying Us in writing on a form acceptable to Us of the assignment. We assume no responsibility for the validity or effect of an assignment.

**Governing Jurisdiction and Conformance with Statutes:**

This policy is governed by the laws of the jurisdiction in which it is delivered to the Policyholder. Any terms of this policy which are in conflict with the applicable statutes, laws or regulations of the jurisdiction in which this policy is delivered are amended to conform to such statutes, laws or regulations. Any terms of a Description of Coverage which are in conflict with the applicable statutes, laws or regulations of the jurisdiction in which the Description of Coverage is delivered are amended to conform to the statutes, laws or regulations of the jurisdiction.

**Legal Action Against Us:**

No legal action may be brought to recover on this policy until sixty (60) days after We have been given complete Proof of Loss. No such action may be brought after three (3) years from the time complete Proof of Loss is required to be given. No such action may be brought unless there has been full compliance with all of the terms of this policy.

In no case will We be liable for benefits that are not payable under the terms of this policy or that exceed the applicable Benefit Amounts or limits of insurance of this policy.

**Liberalization:**

If We adopt any changes:

- 1) within forty-five (45) days prior to the policy effective date shown in the WHEN DOES MY COVERAGE BECOME EFFECTIVE? Section above; or
- 2) during the Plan Year,

which broaden this insurance without an additional premium charge, then the Covered Person will automatically receive the benefit of the broadened insurance.

**Misstatement of Age:**

If the age of a Covered Person has been misstated, We will make an equitable adjustment of the premium and benefits. The premium will be the difference between the premiums paid and the

premiums that would have been paid at the Covered Person's true age. If coverage would not have been provided, We will refund the premiums paid for such insurance on and terminate the insurance, if no benefits have been paid. Benefits payable will be based on the correct age and premium paid.

**Physical Examination and Autopsy:**

We have the right to have the Covered Person examined by a Physician approved by Us, as often as reasonably necessary while a claim is open. We may also have an autopsy done by a Physician, unless prohibited by law. Any examinations or autopsies that We require will be done at Our expense.

**Time Limit on Certain Defenses:**

In the absence of fraud, statements made by a Covered Person are deemed representations and not warranties. After two years from the Covered Person's effective date of coverage, no misstatements, except fraudulent misstatements, on the Covered Person's enrollment form may be used to:

- 1) void this coverage; or
- 2) deny or reduce any claim for loss that occurs after the two year period.

If a Covered Person receives an increase in any Benefit Amount, an additional two year time limit period will apply to the increase in benefits only.

**Workers' Compensation:**

The benefits payable under this policy are not in lieu of and do not affect any requirement for workers' compensation insurance.

# Seguro por Accidente y Enfermedad con Beneficios Limitados en Efectivo

Suscrito por:

Federal Insurance Company,  
una aseguradora miembro de Chubb Group  
of Insurance Companies,  
202B Hall's Mill Road  
Whitehouse Station, NJ 08889

Administrado por:

Ideal Concepts, Inc.  
c/o SureMed Member Support  
665 Union Blvd  
Allentown, PA 18109  
(610) 740-0009

## **Aviso importante - Por favor lea esta descripción de la cobertura detenidamente**

Lea esta guía de referencia rápida y manténgala en un lugar seguro con sus otros documentos de seguro. Esta descripción de cobertura no es un contrato de seguro sino un resumen de las disposiciones principales de la cobertura mientras se encuentre en vigencia. Las disposiciones completas de la póliza se encuentran en la Póliza 9908-23-02, que puede obtenerse al comunicarse con el Administrador de Pólizas.

TITULAR DE LA PÓLIZA: American Better Health Organization  
NÚMERO DE PÓLIZA DE GRUPO: 9908-23-02

### DESCRIPCIÓN DE CLASE:

Si se elige una cobertura Single: Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plan 1 – Single.

Si se elige una cobertura Couple: Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plan 1– Couple, además de su Cónyuge o Pareja Conviviente.

Si se elige una cobertura Single Parent: Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plan 1 – Single Parent, además de sus Hijos Dependientes.

Si se elige una cobertura Family: Todos los integrantes del Titular de la Póliza inscritos en el nivel de membresía Plan 1 – Family, así como su Cónyuge o Pareja Conviviente e Hijos Dependientes.

### **¿A PARTIR DE CUÁNDO TIENE VIGENCIA MI COBERTURA?**

Sujeto al pago de la prima correspondiente, su seguro entra en vigencia en la fecha más lejana, considerando las siguientes: 1) en la fecha en que la póliza entra en vigencia, que es el 1° de octubre de 2017; o 2) cuando nosotros aceptemos el formulario de inscripción de la persona elegible.

### **¿A PARTIR DE CUÁNTO TIENE VIGENCIA LA COBERTURA PARA MI(S) DEPENDIENTE(S)?**

Si usted desea cobertura para un Dependiente elegible según la Descripción de Clase que se detalló anteriormente, él o ella pasarán a ser una Persona Asegurada en la fecha más lejana, considerando las siguientes: 1) fecha de vigencia de su seguro según la presente póliza, sujeto al

pago de la prima correspondiente; o 2) fecha en que usted inscriba al Dependiente para cobertura de seguros y pague la prima correspondiente.

### **¿CUÁNDO FINALIZA MI COBERTURA?**

El seguro para una Persona Asegurada queda rescindido automáticamente en la fecha más cercana, considerando las siguientes: 1) fecha de rescisión de esta póliza; 2) vencimiento del período para el cual se ha pagado la prima correspondiente para dicha Persona Asegurada; 3) fecha en la cual una persona ya no cumple con los criterios de elegibilidad como Persona Asegurada; 4) fecha en que la Persona Asegurada solicite por escrito que se rescinda la cobertura; 5) fecha en la cual la Persona Asegurada cumpla noventa (90) años; o 6) para cualquier Persona Asegurada Dependiente, la fecha de rescisión de su póliza de seguros.

### **¿CÓMO HAGO PARA AGREGAR HIJOS RECIÉN NACIDOS E HIJOS ADOPTIVOS SI YA CUENTO CON COBERTURA?**

Hijos recién nacidos: Si usted o su Cónyuge o Pareja Conviviente tuvieran un hijo recién nacido, su hijo recibirá cobertura de seguros con esta póliza en forma automática desde su nacimiento, en tanto y en cuanto su cobertura esté en vigencia en dicha fecha. La cobertura incluye nacimiento prematuro, defectos congénitos o anomalías de nacimiento. La cobertura del niño recién nacido no continuará luego de un período de treinta y un (31) días con posterioridad al nacimiento, salvo que: 1) hayamos sido notificados al finalizar el período de treinta y un (31) días acerca de la incorporación a la póliza de dicho niño recién nacido; y 2) se haya pagado la prima adicional que corresponda.

Hijos Adoptivos: Un hijo adoptivo que no haya cumplido dieciocho (18) años de edad recibirá cobertura de seguros con esta póliza en forma automática desde la fecha de su adopción o colocación para la adopción, en tanto y en cuanto su cobertura de seguros esté en vigencia. "Colocación para adopción" significa que la persona asume y conserva la obligación legal de mantener en forma total o parcial del niño antes de su adopción definitiva. La cobertura de un niño adoptado no continuará luego de un período de treinta y un (31) días con posterioridad a la colocación, salvo que: 1) hayamos sido notificados al finalizar el período de treinta y un (31) días acerca de la incorporación de dicho niño adoptado; y 2) se haya pagado la prima adicional que corresponda.

### **¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS INCLUIDOS?**

Los beneficios se proveen en los Estados Unidos, incluyendo sus territorios y jurisdicciones.

Los beneficios son pagaderos por año del plan, tal como se detalla a continuación: Descripción del Año de Cobertura

Los siguientes beneficios están incluidos en su cobertura.

Al Cónyuge o Pareja Conviviente con cobertura se le paga el 100 % de la Suma de Beneficios enumerados a continuación, por cualquier siniestro cubierto por esta póliza.

Al Hijo Dependiente con cobertura se le paga el 100 % de la Suma de Beneficios enumerados a continuación, por cualquier siniestro cubierto por esta póliza.



## **BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN EN HOSPITAL**

### **¿De qué se trata este beneficio?**

Se pagará la Suma de Beneficio En Hospital (Hospitalario) diario, tal como se detalla a continuación, por cada día en que una Persona Asegurada esté Internada en el Hospital debido a una Enfermedad o Accidente. El primer día de la estadía Hospitalaria debe ocurrir dentro de los treinta (30) días posteriores al Accidente que causó la lesión.

Se pagará la Suma de Beneficio En Hospital (Hospitalario) hasta la fecha más cercana, considerando los siguientes eventos:

- 1) la Persona Asegurada fallece;
- 2) la Persona Asegurada deja de estar Internada en el Hospital; o
- 3) el Número Máximo de Días, tal como se detalla más adelante, se ha extinguido; o
- 4) se ha pagado la Suma de Beneficio Máximo.

Un Confinamiento por Enfermedad no deberá combinarse con otro Confinamiento por Accidente a la hora de determinar un Periodo de Confinamiento.

No se pagará más que la Suma de Beneficio Máximo, tal como se detalla a continuación.

### **¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio Diario: \$XX

Número Máximo de Días por Periodo de Confinamiento: X

Suma de Beneficio Máximo por Año del Plan: \$XX

### **¿Qué condiciones especiales se aplican a este beneficio?**

Si la Persona Asegurada recibe el alta del Hospital y, debido a una Enfermedad o Accidente diferente, dicha Persona Asegurada resulta nuevamente internada en el Hospital transcurrido un (1) día desde su alta, se considerará que se trata de un nuevo Período de Confinamiento. Si una Persona Asegurada recibe el alta del Hospital y luego es readmitida por la misma Enfermedad o Accidente que el Periodo de Confinamiento anterior dentro de los 180 días posteriores al alta de dicho Periodo de Confinamiento inicial, se considerará el mismo Período de Confinamiento. Si se considera el mismo Periodo de Confinamiento, entonces una Persona Asegurada no tendrá que cumplir con un nuevo Periodo de Eliminación, pero quedará sujeta al mismo Número Máximo de Días y a cualquier Suma de Beneficio Máximo que se detalla más abajo para dicha Enfermedad o Accidente. Si se considera un nuevo Período de Confinamiento, entonces se debe cumplir con un nuevo Periodo de Eliminación, pero la Persona Asegurada tiene derecho a una nueva Suma de Beneficio Máximo.

## **BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR VISITAS A CONSULTORIO MÉDICO**

### **¿De qué se trata este beneficio?**

Se pagará la Suma de Beneficio de Indemnización por Visitas a Consultorio Médico, tal como se detalla más adelante, por cada visita al consultorio de un Médico como resultado de un Accidente o Enfermedad. La visita se debe realizar al consultorio del Médico o a la clínica. La primera visita al Consultorio del Médico debe ocurrir dentro de los treinta (30) días posteriores al Accidente que causó la lesión.

Los beneficios no son pagaderos por:

- 1) visitas realizadas por un Médico mientras la Persona Asegurada está Confinada en un Hospital;
- 2) exámenes oculares de rutina, o ajuste de gafas o aparatos auditivos;
- 3) exámenes dentales o cuidados odontológicos distintos de los gastos que resultan de una lesión accidental; o
- 4) exámenes físicos anuales, exámenes de apto físico para la práctica de deportes en la escuela y otros tipos de visitas preventivas no requeridas debidos un Accidente o Enfermedad.

No se pagará más que la Suma de Beneficio Máximo, tal como se detalla a continuación.

#### **¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio por Visita: \$XX

Número máximo de visitas por Año del Plan: X

### **BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN DE SALA DE EMERGENCIA**

#### **¿De qué se trata este beneficio?**

Se pagará la Suma de Beneficio de Sala de Emergencia indicado anteriormente si, debido a un Accidente o Enfermedad, la Persona Asegurada necesita y recibe Atención Médica en una sala de emergencias de un Hospital. El tratamiento debe recibirse dentro de las 24 horas posteriores al Accidente.

No se pagará más que la Suma de Beneficio Máximo, tal como se detalla a continuación.

#### **¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio por Visita: \$XX

Número máximo de visitas a la sala de emergencias por Año del Plan: X

### **BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR CIRUGÍA**

#### **¿De qué se trata este beneficio?**

Se pagará el Beneficio de Indemnización para Cirugía si una Persona Asegurada se somete a una Cirugía Mayor o Menor mientras está Internada en el Hospital o como paciente externo de una Unidad de Atención Ambulatoria. Las Sumas de Beneficios se detallan a continuación.

Si se realizaran dos o más procedimientos a través de la misma incisión o campo quirúrgico, el pago se realizará solo por el procedimiento que implique un mayor beneficio. Si se realizara más de un procedimiento, pero cada uno de ellos a través de incisiones independientes o en un campo quirúrgico independiente, la suma pagadera será la suma especificada para el procedimiento primario más el 50 % de la suma pagadera por todos los demás procedimientos quirúrgicos realizados.

Un procedimiento quirúrgico debido a un Accidente debe ocurrir dentro de los treinta (30) días posteriores al Accidente que causó la lesión.

No se pagará más que el número máximo de Cirugías Mayores o Menores en un Año del Plan, tal como se detalla más adelante.

**¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio por Cirugía Mayor en Hospital por Persona Asegurada por Año del Plan: \$XX

Suma de Beneficio por Cirugía Mayor realizada en una Unidad de Atención Ambulatoria por Persona Asegurada por Año del Plan: \$XX

Suma de Beneficio por Cirugía Menor en Hospital por Persona Asegurada por Año del Plan: \$XX

Suma de Beneficio por Cirugía Menor realizada en una Unidad de Atención Ambulatoria por Persona Asegurada por Año del Plan: \$XX

Número Máximo de Procedimientos Quirúrgicos en el Hospital por Persona Asegurada por Año del Plan, independientemente de si es una Cirugía Mayor o Menor: X

Número Máximo de Procedimientos Quirúrgicos realizados en la Unidad de Atención Ambulatoria por Persona Asegurada por Año del Plan, independientemente de si es una Cirugía Mayor o Menor: X

**BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR TRANSPORTE EN AMBULANCIA**

**¿De qué se trata este beneficio?**

Si una Persona Asegurada necesita usar un servicio de ambulancia terrestre para su transporte hacia o desde un Hospital, o desde un Hospital a otro, para recibir atención o tratamiento por un Accidente o Enfermedad, se pagará la Suma de Beneficio de Transporte en Ambulancia Terrestre, tal como se detalla a continuación. No se pagará más que la Suma de Beneficio Máximo, tal como se detalla a continuación.

No se pagará más que el número máximo de viajes, tal como se detalla a continuación, en un Año del Plan.

**¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio por Viaje: \$XX

Número Máximo de viajes en ambulancia terrestre por Año del Plan: X

**BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR TRANSPORTE EN AMBULANCIA**

**¿De qué se trata este beneficio?**

Si una Persona Asegurada necesita usar un servicio de ambulancia aérea para su transporte hacia o desde un Hospital, o desde un Hospital a otro, para recibir atención o tratamiento por un Accidente o Enfermedad, se pagará la Suma de Beneficio de Transporte en Ambulancia Aérea, tal como se detalla a continuación.

No se pagará más que el número máximo de viajes, tal como se detalla a continuación, en un Año del Plan.

**¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio por Viaje: \$XX

Número Máximo de viajes en ambulancia aérea por Año del Plan: X

**BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR PRUEBAS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFIAS DE DIAGNÓSTICO**

**¿De qué se trata este beneficio?**

Se pagará el Beneficio de Indemnización por Pruebas de Laboratorio y Radiografías de Diagnóstico, tal como se detalla más adelante, cuando a una Persona Asegurada se le realicen pruebas de laboratorio y radiografías de diagnóstico. Dichas pruebas de laboratorio y radiografías de diagnóstico deben ser solicitadas por un Médico y estar relacionadas con un Accidente o Enfermedad. Este seguro no paga por las radiografías y pruebas de laboratorio realizadas mientras la persona se encuentre Confinada en un Hospital. Además, si una prueba es pagadera según el Beneficio de Indemnización por Pruebas de Diagnóstico Avanzadas, se pagará sujeta a dicho Beneficio y no a este Beneficio.

Las radiografías de diagnóstico y las pruebas de laboratorio realizadas debido a un Accidente deben tener lugar dentro de los treinta (30) días posteriores al Accidente que causó la lesión.

No se pagará más que la cantidad de pruebas detallada en la Sección II del Apéndice de Beneficios en un Año del Plan.

**¿Cuánto seguro se provee?**

Suma de Beneficio por radiografías o pruebas de laboratorio por Persona Asegurada: \$XX

Número Máximo de radiografías o pruebas de laboratorio por Persona Asegurada por Año del Plan: X

## BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN POR PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO AVANZADAS

### ¿De qué se trata este beneficio?

Se pagará el Beneficio de Indemnización por Pruebas de Diagnóstico Avanzadas, tal como se detalla más adelante, cuando a una Persona Asegurada se le realice alguna de las siguientes pruebas: Angiografía/Arteriografía, ECG (Electrocardiograma), Mielograma, TAC (Tomografía Axial Computada), IRM (Imágenes por Resonancia Magnética) o TEP (Tomografía de Emisión de Positrones). Dichas pruebas deben ser solicitadas por un Médico y estar relacionadas con un Accidente o Enfermedad. Este seguro no paga por las pruebas realizadas mientras la persona se encuentre Confinada en un Hospital.

No se pagará más que el número máximo de pruebas, tal como se detalla más adelante, en un Año del Plan.

### ¿Cuánto seguro se provee?

Por prueba por Persona Asegurada por Año del Plan: \$XX

Número de pruebas por Persona Asegurada por Año del Plan: X

### ¿QUÉ DEFINICIONES SE APLICAN A MI COBERTURA?

Las siguientes definiciones son importantes para sus beneficios:

Accidente o Accidental se refiere a un hecho repentino, imprevisto o inesperado que ocurre al azar; surge de una fuente externa a la Persona Asegurada; es independiente de enfermedad, afección u otro tipo de disfunción física o tratamiento médico o quirúrgico resultante del mismo; ocurre mientras la Persona Asegurada recibe cobertura por esta póliza, que está en vigencia; y es la causa directa del siniestro. Pruebas de Diagnóstico Avanzadas se refiere a las siguientes pruebas: Angiografía/Arteriografía, ECG (Electrocardiograma), Mielograma, TAC (Tomografía Axial Computada), IRM (Imágenes por Resonancia Magnética) y TEP (Tomografía de Emisión de Positrones). Suma de Beneficio se refiere a la suma estipulada en la disposición titulada ¿QUÉ BENEFICIOS SE INCLUYEN?, correspondiente a un beneficio con cobertura según esta póliza para una Persona Asegurada. Clase se refiere a las categorías de Personas Cubiertas descritas en la página 1 de la Descripción de Cobertura. Compañía se refiere a Federal Insurance Company. Complicaciones del Embarazo se refiere a las afecciones que requieren estadías hospitalarias antes de que el embarazo llegue a término, y cuyos diagnósticos son distintos de un embarazo pero son causados o afectados por el embarazo. Estas afecciones son: 1) nefritis aguda o nefrosis; 2) descompensación cardíaca o aborto no detectado; 3) afecciones médicas o quirúrgicas de gravedad comparable; 4) parto por cesárea de urgencia; 5) interrupción de embarazo ectópico; o 6) interrupción espontánea del embarazo, cuando no es viable un nacimiento con vida. (Esto no incluye el aborto electivo.) Confinado o Confinamiento se refiere a ser admitido(a) en un Hospital para recibir servicios para pacientes internados, por los cuales el Hospital le cobra a la Persona Asegurada al menos un día de estadía y las comidas. El confinamiento consiste en días consecutivos de Confinamiento a partir de la fecha en que la Persona Asegurada es admitida a un Hospital como paciente internado. Persona Asegurada se refiere a Usted y a sus Dependientes asegurados. Dependiente se refiere a su Hijo, Cónyuge o Pareja Conviviente Dependientes. Hijo Dependiente se refiere a su hijo(a) soltero(a) desde el

momento del nacimiento, incluso hijo natural, nieto, hijastro o hijo adoptado desde la fecha de la colocación en Su hogar. El Hijo Dependiente debe depender principalmente de Usted para su manutención y apoyo, y debe ser: 1) menor de veintiséis (26) años de edad; 2) menor de veintiséis (26) años de edad si se encuentra inscrito como estudiante de tiempo completo en una Institución de Enseñanza Superior; o 3) clasificado como un Hijo Dependiente Discapacitado. Descripción del Año de Cobertura se refiere al período de doce (12) meses consecutivos que se inicia en la fecha de vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada según esta póliza y finaliza el día antes de la fecha aniversario de dicha fecha de vigencia. Pareja Conviviente se refiere a una persona designada por Usted que esté registrada como una Pareja Conviviente o equivalente legal en virtud de las leyes de la correspondiente jurisdicción, o que sea al menos mayor de dieciocho (18) años de edad y sea competente para ser parte de un contrato; que no esté relacionada con Usted por lazos sanguíneos; que haya vivido exclusivamente con Usted durante al menos doce (12) meses consecutivos previos a la fecha de la inscripción; que no esté legalmente casado(a) ni separado(a); y que, a la fecha de la inscripción, tenga con Usted al menos dos (2) de los siguientes arreglos financieros: a) una hipoteca o un contrato de alquiler conjunto; b) una cuenta bancaria conjunta; c) titularidad o propiedad conjunta de vehículo automotor o haya subscrito un contrato de leasing de vehículo automotor conjunto; o d) una tarjeta de Crédito conjunta con una institución financiera. Ni Usted ni su Pareja Conviviente pueden estar casados con ninguna otra persona, ni en una unión civil con ninguna otra persona. Atención Médica de Emergencia se refiere a la aparición repentina de una afección médica debido a un Accidente o Enfermedad para la cual la Persona Asegurada solicita atención médica inmediata en el establecimiento disponible más cercano. La afección se debe manifestar por síntomas agudos lo suficientemente severos según los cuales, sin atención médica inmediata, se podría esperar -dentro de lo razonable- que: la salud de la Persona Asegurada se coloque en serio riesgo; se generen una deficiencia grave de las funciones corporales; o bien se provoquen una disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo. Experimental o de Investigación se refiere al servicio, suministro, cuidado, atención o tratamiento cuya seguridad o efectividad no ha sido demostrada mediante estudios de investigación o ensayos clínicos científicamente válidos para una indicación particular, y que no han sido aprobados o aceptados como esenciales para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad por alguna de las siguientes instituciones: 1) la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés); 2) El Cirujano General de los Estados Unidos; 3) El Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos; 4) Los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) - Medicare Hospital se refiere a una institución pública o privada que: 1) está habilitada de acuerdo con las leyes de la jurisdicción en la que está ubicada, 2) está acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, 3) funciona para la recepción, cuidado y tratamiento de personas enfermas, que adolecen o están lesionadas como pacientes internados, 4) brinda instalaciones organizadas para el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, o tiene un acuerdo contractual con otro hospital o centro quirúrgico ambulatorio para utilizar sus instalaciones para realizar cirugías; 5) brinda atención de enfermería las veinticuatro (24) horas, 6) tiene un Médico o un equipo de Médicos, y 7) no es principalmente una clínica diurna, hogar de reposo o convalecencia, institución de vida asistida o establecimiento similar y no es, salvo incidentalmente, un lugar para el tratamiento de personas adictas al alcohol o a las drogas. Familiar Inmediato se refiere a Su 1) Cónyuge o Pareja Conviviente; 2) hijos, incluyendo sus hijos adoptivos o hijastros; 3) tutores legales o menores en guarda legal; 4) hermanos o hermanastros; 5) padres o suegros; 6) abuelos o nietos; 7) tías o tíos; 8) sobrinos o sobrinas. Familiar Inmediato también se refiere a los

hijos de un Cónyuge o Pareja Conviviente, incluidos los hijos adoptivos o hijastros; tutores legales o menores en guarda legal; hermanos o hermanastros; padres o suegros; abuelos o nietos; tíos o tías; sobrinos o sobrinas. Hijo Dependiente Discapacitado se refiere al a hijo que, como resultado de tener una dificultad física o mental, es permanentemente incapaz de mantenerse a sí mismo y depende permanentemente de Usted para su manutención y apoyo. La discapacidad debe haber ocurrido cuando el hijo: 1) era menor de veintiséis (26) años de edad; o 2) era menor de veintiséis (26) años si estaba inscrito como alumno de tiempo completo en una Institución de Enseñanza Superior. En Hospital (Hospitalario) significa registrado como paciente internado y Confinado a un Hospital mientras recibe tratamiento de parte de un Médico. En Hospital (Hospitalario) no incluye el confinamiento solamente para atención de convalecencia o enfermería. Institución de Enseñanza Superior se refiere a cualquier instituto de enseñanza pública o privada, universidad o escuela de oficios profesionales o vocacional, más allá del decimosegundo (12.º) grado. Cirugía Mayor se refiere a un procedimiento quirúrgico necesario para tratar un Accidente o Enfermedad, que requiere anestesia general con asistencia respiratoria. Enfermedad Mental se refiere a aquellas enfermedades clasificadas como trastornos en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales publicado por la Asociación de Psiquiatría Norteamericana en vigencia a la fecha en que se prestan los servicios a la Persona Asegurada. A los fines de la presente póliza, Enfermedad Mental no incluye alcoholismo o abuso de drogas u otras sustancias. Cirugía Menor se refiere a un procedimiento quirúrgico necesario para tratar un Accidente o Enfermedad, que requiere anestesia general pero no asistencia respiratoria. Unidad de Atención Ambulatoria se refiere a un centro de tratamiento habilitado que ofrece: 1) instalaciones permanentes; 2) la presencia de un Médico durante todo el horario de atención; y 3) servicios adicionales, incluyendo pruebas de laboratorio y radiografías, con personal disponible durante todo el horario de atención. Período de Confinamiento se refiere a un período de días consecutivos de Internación en el Hospital desde la fecha en que la Persona Asegurada es admitida en un Hospital hasta la fecha de su alta. El Período de Confinamiento debe ser un período mínimo de 24 horas. Un Confinamiento por Enfermedad no deberá combinarse con otro Confinamiento por Accidente a la hora de determinar un Período de Confinamiento. Médico se refiere a un profesional de cuidados de la salud habilitado, que actúa dentro del alcance de su matrícula profesional habilitante en la medida dispuesta por las leyes de la jurisdicción en la que se brinda el tratamiento médico. Médico no incluye: 1) a la Persona Asegurada, 2) a un Familiar Inmediato, 3) al empleador o socio comercial de la Persona Asegurada, o al Titular de la Póliza. Año del Plan se refiere al período de 12 meses utilizado para determinar cómo se pagan los beneficios. El Año del Plan se muestra en la sección titulada ¿QUÉ BENEFICIOS SE INCLUYEN? Titular de la Póliza se refiere a la entidad identificada en el Contrato de Seguro. Año de la Póliza se refiere al período de 12 meses consecutivos que comienza en la Fecha de Vigencia de la Póliza. Afección Preexistente se refiere a un Accidente o Enfermedad para la cual, en los 6 meses previos a que la Persona Asegurada hubiera comenzado a estar cubierta por la presente póliza de seguros, dicha Persona Asegurada ha solicitado asesoramiento, tratamiento o atención médica, o un Médico se la ha recomendado, recetado o brindado. Prueba de siniestro se refiere a una evidencia escrita aceptable para Nosotros de que un Accidente o Enfermedad ha ocurrido, que ha generado el siniestro cubierto por la presente Póliza. Enfermedad se refiere a una enfermedad o afección física, o Enfermedad Mental, que comienza mientras la póliza está en vigencia y no es una Afección Preexistente. Enfermedad incluye las Complicaciones del Embarazo. Todas las Enfermedades debido a la misma causa o a una causa relacionada se consideran una Enfermedad. Cónyuge se refiere a Su marido o esposa, reconocido como tal por

las leyes de la jurisdicción en la que Usted reside. Un Cónyuge con cobertura es una Persona Asegurada. Nosotros, Nos y Nuestro(a) se refiere a Federal Insurance Company. Usted, Suyo, Su se refiere a un Miembro elegible que ha suscripto la presente Póliza de Seguros.

## **¿QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO?**

Este seguro no se aplica a ningún siniestro causado, de manera directa o indirecta, por:

- 1) cualquier servicio, suministro o atención médica que sea Experimental o de Investigación.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de CA.

- 2) Salvo en ID, IL & MI: cualquier Accidente o Enfermedad provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de la Persona Asegurada, o su participación en una actividad u ocupación ilegal. En ID: cualquier Accidente o Enfermedad provocada por o resultante de, directa o indirectamente, la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de la Persona Asegurada. En IL: cualquier Accidente o Enfermedad provocada por o resultante de la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de la Persona Asegurada, o su participación en una actividad u ocupación ilegal. En MI: cualquier Accidente o Enfermedad para la cual contribuyó la comisión o el intento de comisión de un delito grave por parte de la Persona Asegurada, o para la cual contribuyó que la Persona Asegurada participara en una actividad u ocupación ilegal.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de CA.

- 3) vacunas y exámenes de rutina, incluyendo: exámenes de salud, chequeos periódicos, exámenes prenupciales y exámenes físicos de rutina, salvo que -caso contrario- se ofrezca cobertura mediante la presente póliza.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de ID & NM.

- 4) Salvo en IL: cualquier Accidente causado por o resultante de, directa o indirectamente, la intoxicación de la Persona Asegurada mientras manejaba un vehículo automotor al momento de un Accidente. Intoxicación se define de acuerdo con las leyes de jurisdicción donde se produce el Accidente. En IL: cualquier Accidente causado directamente por o resultante de la intoxicación de la Persona Asegurada mientras manejaba un vehículo automotor al momento del Accidente. Intoxicación se define de acuerdo con las leyes de jurisdicción donde se produce el Accidente.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de CA, ID, NV & OK.

- 5) Salvo en ID: Alcoholismo y Abuso de Drogas u otras Sustancias. Además, el seguro no se aplica a cualquier confinamiento en un centro de desintoxicación o centro de rehabilitación por drogas o alcohol que no sea también un Hospital o parte de un Hospital. En ID: la atención médica y el tratamiento del alcoholismo o la adicción a las drogas.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de CA & OK.

- 6) Salvo en IL & OK: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de que, directa o indirectamente, la Persona Asegurada esté bajo la influencia de algún estupefaciente u otras sustancias controladas al momento del siniestro. Esta exclusión no se aplica si el estupefaciente o cualquier sustancia controlada fuera tomada y utilizada según prescripción médica. En IL: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o



resultante de que la Persona Asegurada esté bajo la influencia de algún estupefaciente u otras sustancias controladas al momento del siniestro. Esta exclusión no se aplica si el estupefaciente o cualquier sustancia controlada fuera tomada y utilizada según prescripción médica. En OK: No seremos responsables por ningún siniestro o pérdida sufrida como consecuencia de que la Persona Asegurada esté bajo la influencia de algún estupefaciente, salvo que sea administrado por recomendación médica.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de CA, ID & NV.

- 7) Salvo en CA & FL: Enfermedad causada por o resultante de una Afección Preexistente de la Persona Asegurada, si la Enfermedad ocurre durante los primeros 12 meses en que una Persona Asegurada está bajo la cobertura de esta Póliza. En CA: Enfermedad causada por una Afección Preexistente de la Persona Asegurada, si la Enfermedad ocurre durante los primeros 12 meses en que una Persona Asegurada está bajo la cobertura de esta Póliza. En FL: Enfermedad causada por o resultante de una Afección Preexistente de la Persona Asegurada, si la Enfermedad ocurre durante los primeros 12 meses luego de la Fecha de Inscripción de la Persona Asegurada para cobertura bajo esta Póliza.
- 8) embarazo, salvo las Complicaciones del Embarazo.  
Esta exclusión no se aplica a los residentes de MT.
- 9) embarazo de un Hijo Dependiente, salvo que sea requerido por ley.  
Esta exclusión no se aplica a los residentes de AK & MT.
- 10) cualquier atención en residencias de ancianos, cuidados de custodia o tratamiento por un Accidente o Enfermedad.
- 11) Salvo en CA & IL: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de, directa o indirectamente, la participación de la Persona Asegurada en acciones militares durante el servicio militar activo, como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida. En CA: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de la participación de la Persona Asegurada en acciones militares durante el servicio militar activo, como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida. En IL: cualquier Accidente o Enfermedad directamente causada por o resultante de la participación de la Persona Asegurada en acciones militares durante el servicio militar activo, como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida.
- 12) relacionado con el suicidio de la Persona Asegurada, su intento de suicidio o lesión intencionalmente autoinfligida.
- 13) Salvo en ID: aborto voluntario, salvo con respecto a Usted o su Cónyuge o Pareja Conviviente con cobertura, cuando la vida de dicha persona podría estar en peligro si el embarazo llegara a término. En ID: un aborto diferente de aquel para preservar la vida de la mujer sobre la cual se practica el aborto.
- 14) Salvo en CA, FL, ID, IL, OK & TN: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de, directa o indirectamente, guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza o el personal militar, toda medida adoptada para impedir o defenderse de cualquiera de estos sucesos o cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier orden a provocar el siniestro. En CA: cualquier Accidente o Enfermedad causada por guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza o el personal militar, toda medida adoptada para impedir o defenderse de cualquiera de estos

sucesos o cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier orden a provocar el siniestro. En FL: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de, directa o indirectamente, guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza o el personal militar, toda medida adoptada para impedir o defenderse de cualquiera de estos sucesos o cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier orden a provocar el siniestro. Esta exclusión no incluye actos de terrorismo. En IN: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de, directa o indirectamente, una guerra. En IL: cualquier Accidente o Enfermedad directamente causada por o resultante de guerra, guerra no declarada, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza o el personal militar, toda medida adoptada para impedir o defenderse de cualquiera de estos sucesos o de cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier orden a provocar el siniestro. En OK: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de, directa o indirectamente, guerra o actos de guerra, ya sean declarados o no, mientras se participa del servicio militar o de cualquier unidad auxiliar que los acompaña, o mientras se trabaja en un área en guerra, ya sea en forma voluntaria o por requerimiento de un empleador. En TN: cualquier Accidente o Enfermedad causada por o resultante de, directa o indirectamente, guerra, guerra no declarada, guerra civil, participación en una insurrección, rebelión, revolución, actos bélicos por la fuerza o personal militar, toda medida adoptada para impedir o defenderse de cualquiera de estos sucesos o de cualquier consecuencia de estos actos, independientemente de cualquier otra causa o evento directo o indirecto, ya sea cubierto o no, que contribuya en cualquier orden a provocar el siniestro.

- 15) cuidados de rutina del recién nacido para su bienestar, incluyendo los cargos de guardería de rutina.

Esta exclusión no se aplica a los residentes de OH.

- 16) Salvo en KY: Accidente o Enfermedad que surja de y durante el curso de cualquier ocupación con remuneración, salario o beneficio, o que sea pagadera según la Ley de Enfermedades Ocupacionales, Indemnización Laboral o leyes similares, ya sea que se hayan solicitado dichos beneficios o no. En KY: Accidente o Enfermedad que surja de y durante el curso de cualquier ocupación con remuneración, salario o beneficio, o que sea pagadera según la Ley de Enfermedades Ocupacionales, Indemnización Laboral o leyes similares, ya sea que se hayan solicitado dichos beneficios o no, pero solo en la medida en que la Persona Asegurada sea elegible para participar en dichos programas.

## **¿EXISTEN ASPECTOS IMPORTANTES POR CONSIDERAR CUANDO SE PRESENTA UN RECLAMO?**

Sí, se denominan Disposiciones de Reclamos:

Se pueden obtener respuestas a preguntas específicas escribiéndole al Administrador del Plan.

**Para presentar un reclamo, por favor comuníquese con el Administrador del Plan.**

Administrador del plan  
Ideal Concepts, Inc.  
c/o SureMed Member Support  
665 Union Blvd  
Allentown, PA 18109  
(610) 740-0009

**Aviso de Reclamo:**

Se debe dar Aviso de Reclamo por escrito a Nosotros o a cualquiera de Nuestros corredores o agentes designados dentro de los veinte (20) días posteriores al comienzo del siniestro, al momento de ocurrir el siniestro cubierto por esta póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible. El aviso debe incluir la información necesaria para identificar a la Persona Asegurada y al Titular de la Póliza. Si no se envía un Aviso de Reclamo dentro de los veinte (20) días, no se invalidará ni reducirá cualquier reclamo válido, siempre que se proporcione notificación lo antes posible dentro de un plazo razonable.

**Formularios de reclamo:**

Cuando recibamos un aviso de reclamo, le enviaremos a la Persona Asegurada o a la persona designada por la Persona Asegurada, dentro de los quince (15) días posteriores, los formularios correspondientes para brindarnos Prueba del Siniestro. Si la Persona Asegurada o la persona designada por la Persona Asegurada no reciben los formularios, la Persona Asegurada o la persona designada por la Persona Asegurada deben enviarnos una descripción escrita del siniestro. Esta descripción por escrito debe incluir información detallada del hecho, tipo y alcance del siniestro para el cual se realiza el reclamo.

**Prueba de Siniestro para Reclamo:**

Se nos debe enviar Prueba de Siniestro completa dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del siniestro, o lo antes posible dentro de un plazo razonable.

Tenemos derecho a examinar bajo juramento, con la frecuencia que nosotros consideremos razonable, a la Persona Asegurada, al Titular de Póliza, al beneficiario o al Representante Autorizado de la Persona Asegurada. También podemos exigir que la Persona Asegurada, el Titular de Póliza o el beneficiario provean una descripción firmada de las circunstancias asociadas al siniestro y su interés en el siniestro. La Persona Asegurada, el Titular de la Póliza y el beneficiario también presentarán todos los registros y documentos que nosotros les solicitemos y nos permitirán realizar copias de dichos registros o documentos.

**Pago del reclamo:**

Le pagaremos a la Persona Asegurada, al beneficiario o a la persona designada por la Persona Asegurada la Suma de Beneficio correspondiente dentro de los sesenta (60) días posteriores a que recibamos la Prueba del Siniestro completa, si la Persona Asegurada, el Titular de Póliza y el beneficiario, cuando corresponda, han cumplido con todos los términos de esta póliza.

**Cooperación con el Reclamo o con una Demanda:**

En el caso de un reclamo bajo esta póliza, el Titular de la Póliza, la Persona Asegurada o el beneficiario, si corresponde, deben cooperar plenamente con Nosotros en Nuestro procesamiento del reclamo, incluyendo -a modo de ejemplo y sin limitación alguna- la presentación oportuna de

todos los informes médicos y demás informes, y la plena colaboración con todos los exámenes físicos y autopsias que podamos requerir. Si Nos demandan en relación con un reclamo bajo esta póliza, el Titular de la Póliza, la Persona Asegurada o el beneficiario deben cooperar plenamente con Nosotros en el procesamiento de dicha demanda. El Titular de la Póliza, la Persona Asegurada o el beneficiario no deben, salvo que afronten los costos correspondientes, realizar voluntariamente ningún pago ni asumir ninguna obligación en relación con cualquier demanda sin Nuestro consentimiento previo por escrito.

**¿EXISTE ALGUNA OTRA DISPOSICIÓN GENERAL QUE YO DEBERÍA CONOCER?**  
Sí, se denominan disposiciones generales. Las siguientes disposiciones se aplican a las Personas Aseguradas.

**Periodo de Gracia:**

El Titular de Póliza tiene derecho a un período de gracia de treinta y un (31) días desde la fecha de vencimiento de la prima para realizar el pago de la prima pagadera. Esta póliza seguirá estando vigente durante el período de gracia. El período de gracia no se aplica a la primera prima pagadera durante este período de la póliza. Si no se paga la primera prima en la fecha de vencimiento o antes, esta póliza quedará inmediatamente rescindida desde su creación. No estamos obligados a brindar aviso de dicha rescisión.

**Cumplimiento por parte del Titular de la Póliza y la Persona Asegurada:**

No tenemos ninguna obligación de brindar cobertura bajo esta póliza, a no ser que el Titular de Póliza, la Persona Asegurada y el beneficiario hayan cumplido plenamente con todos los términos y condiciones de esta póliza.

**Ocultamiento o fraude:**

Sujeto a las disposiciones de la sección "Plazo para Ciertas Defensas", el seguro bajo la presente póliza será nulo si:

- 1) el Titular de la Póliza o cualquier Persona Asegurada intencionalmente han ocultado o tergiversado cualquier hecho material relacionado con un siniestro o relacionado con esta póliza antes o después de ocurrido el siniestro.
- 2) el Titular de la Póliza o cualquier Persona Asegurada intencionalmente han ocultado o tergiversado cualquier hecho material relacionado con un siniestro o con el beneficio pagadero de alguna otra forma; o
- 3) el Titular de la Póliza o cualquier Persona Asegurada presentaran un informe falso acerca de un siniestro.

**Cesión del Pago de Beneficios:**

Usted podrá ceder el pago de beneficios notificándonos acerca de dicha cesión por escrito en una forma aceptable para Nosotros. No asumiremos ningún tipo de responsabilidad por la validez o efecto de dicha cesión.

**Jurisdicción Aplicable y Conformidad con las Leyes:**

La presente póliza se rige por las leyes de la jurisdicción en la cual se le entrega al Titular de la Póliza. Por la presente se enmienda cualquier término de esta póliza que esté en conflicto con los estatutos, las leyes o las reglamentaciones aplicables de la jurisdicción en las cual se suscribió esta póliza, de modo de cumplir con dichos estatutos, leyes o reglamentaciones. Se enmienda cualquier término de la Descripción de Cobertura que esté en conflicto con los estatutos, las leyes o las reglamentaciones de la jurisdicción en las que se entregue la Descripción de Cobertura, de modo a cumplir con los estatutos, las leyes o las reglamentaciones de la jurisdicción.

**Acción legal contra Nosotros:**

No se podrá iniciar ninguna acción legal para la recuperación bajo la presente póliza hasta sesenta (60) días después de que se nos haya brindado Prueba de Siniestro completa. No se podrá iniciar ninguna acción de este tipo después de tres (3) años del momento en que se requiera la presentación de Prueba de Siniestro completa. No se podrá iniciar tal acción sin que se haya cumplido integralmente con todos los términos de esta póliza.

Nosotros no seremos en ningún caso responsables por beneficios que no sean pagaderos bajo los términos de esta póliza o que superen las Sumas de Beneficio aplicables o los límites de seguro de esta póliza.

**Liberalización:**

Si adoptáramos algún cambio:

- 1) dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la fecha de vigencia que consta en la sección ¿A PARTIR DE CUÁNDO TIENE VIGENCIA MI COBERTURA? que figura anteriormente; o
- 2) durante el Año del Plan,

que amplíe esta cobertura de seguros sin que ello implique un cargo de la prima adicional, la Persona Asegurada recibirá automáticamente el beneficio de la cobertura de seguros ampliada.

**Declaración Incorrecta de Edad:**

Si se hubiera declarado una edad incorrecta de la Persona Asegurada, haremos un ajuste equitativo de la prima y los beneficios. La prima será la diferencia entre las primas pagadas y las primas que se deberían haber pagado según la edad verdadera de la Persona Asegurada. Si no se hubiera brindado la cobertura, reembolsaremos las primas pagadas por dicho seguro y rescindiremos la póliza, si no se han pagado beneficios. Los beneficios pagaderos se basarán en la edad correcta y en las primas pagadas.

**Examen Físico y Autopsia:**

Tenemos derecho de exigir que la Persona Asegurada sea examinada por un Médico aprobado por nosotros, con la frecuencia que consideremos necesaria dentro de lo razonable, mientras se encuentre pendiente un reclamo. También podemos exigir que un Médico realice una autopsia, a no ser que lo prohíba la ley. Cualquier examen o autopsia que exijamos se realizará a nuestro costo.

**Plazo para ciertas defensas:**

En ausencia de fraude, toda declaración realizada por una Persona Asegurada será considerada una declaración y no una garantía. Luego de dos años desde la fecha de vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada, no se podrá apelar a declaraciones falsas, salvo las declaraciones falsas fraudulentas, presentes en el formulario de inscripción de la Persona Asegurada, para:

- 1) anular esta cobertura; o
- 2) denegar o reducir algún reclamo por un siniestro ocurrido luego del período de dos años.

Si la Persona Asegurada recibe un aumento en alguna Suma de Beneficio, se aplicará un plazo adicional de dos años únicamente al aumento de dicho beneficio.

**Indemnización Laboral:**

Los beneficios pagaderos bajo esta póliza no sustituyen ni afectan ningún requerimiento del seguro de compensación del trabajador.

**This document has been translated from its original English form. If there is any inconsistency between the translated version of the form and the English version that has a material impact on the coverage provided, the English version will govern.**

**Este documento es una traducción del formulario original en inglés. Si existe cualquier tipo de falta de uniformidad entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés que tenga un impacto sustancial sobre la cobertura proporcionada, la versión en inglés será la que prevalecerá.**