



Assurance Santé

STUDENTGUARD 

Health Insurance

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD PARA EMERGENCIA

Cobertura nacional e internacional

SÍRVASE LEER ESTA PÓLIZA DETENIDAMENTE

Este seguro ha sido creado para cubrir siniestros que surjan de circunstancias repentinas e imprevisibles. La cobertura está sujeta a ciertas limitaciones y salvedades, incluida, sin carácter limitativo, una salvedad sobre afecciones preexistentes, que corresponde a afecciones médicas, tratamiento, y/o síntomas que existían y no eran constantes en los tres meses anteriores a la Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza.

El presente documento adquiere carácter de contrato cuando Usted se inscribe y paga la prima en su totalidad

DEFINICIONES

Cuando aparecen en esta Póliza o modificación de la Póliza, los siguientes términos llevarán mayúscula y tendrán el significado que se indica a continuación.

Accidente/Accidental significa un acontecimiento externo repentino, inesperado, imprevisto e inevitable que, en forma directa e independientemente de toda otra causa, produce Lesión corporal a un Asegurado durante el Período de Cobertura.

Solicitud significa Nuestro formulario completado y presentado por Usted para solicitar el seguro conforme a esta Póliza. La Solicitud forma parte del contrato de seguro; algunos términos están definidos en la Solicitud y otros están definidos en la presente sección Definiciones de esta Póliza.

Máximo por Prestación significa el monto establecido como el máximo que corresponde pagar por cualquier prestación específica por un período de 365 días, salvo que se indique lo contrario.

Administrador de Reclamaciones significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Dispositivo Corrector significa un dispositivo que Usted requiera por consejo de un Médico para corregir un deterioro físico debilitante y sin el cual Usted estaría físicamente imposibilitado de continuar con Sus estudios o Sus responsabilidades como docente en la institución educativa donde está inscripto o dicta clases. Los "Dispositivos Correctores" incluyen prótesis de miembros, sillas de ruedas, perros lazarillos, y audífonos, pero NO se incluyen los lentes.

Cobertura significa las prestaciones de emergencia que se describen en esta Póliza. La Cobertura tiene validez en todo el mundo; sin embargo, la Cobertura en el País de Origen es limitada; favor de remitirse a **Excursión o Cobertura en el País de Origen - Canadienses** (ver Prestaciones), y a la Salvedad N° 6.

Período de Cobertura significa el período de tiempo durante el cual se le garantizan las prestaciones previstas en esta Póliza, es decir desde la cero hora y un minuto de la Fecha de Entrada en Vigencia hasta la medianoche de: (a) la fecha indicada como Fecha de Vencimiento en la Solicitud; o bien (b) la fecha de vencimiento de cualquier prórroga de esta Póliza. Si Usted regresa a Su País de Origen por cualquier razón que no sea por **Excursión o Cobertura en el País de Origen - Canadienses** (ver Prestaciones), la cobertura deja de tener vigencia en la fecha en que Usted Regresa a Su País de Origen. El Período de Cobertura máximo, incluidas las prórrogas, es de 365 días consecutivos a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia.

Dentista significa un doctor en odontología calificado y legalmente autorizado para practicar la odontología en el lugar donde se prestan los servicios odontológicos, pero no incluye al Asegurado ni a ningún familiar del Asegurado.

Fecha de Entrada en Vigencia significa la fecha en que comienza Su cobertura conforme a esta Póliza. La cobertura comienza en la última de las siguientes fechas: (a) la fecha en que se paga la prima requerida, o (b) la fecha que Usted solicita como Fecha de Inicio en Su Solicitud o (c) para los Asegurados Entrantes, la fecha en que Usted sale de Su País de Origen o (d) para los Asegurados Salientes, la fecha en que Usted sale de Canadá, o (e) para los Canadienses que regresan, la fecha en que Usted regresa a Canadá.

Elegible significa cualquier persona que presenta una Solicitud, efectúa el pago correspondiente de la cobertura conforme a esta Póliza, que reúne las características de la definición de Asegurado, y a quien el Administrador del Plan le acepta la adhesión a la cobertura, lo que queda comprobado al recibir confirmación del Administrador del Plan o una Tarjeta válida de Identificación de la Póliza.

Emergencia significa cualquier Enfermedad o Lesión inesperada que ocurre por primera vez durante el Período de Cobertura y que requiere Tratamiento Médico inmediato para aliviar el dolor agudo y el sufrimiento.

País de Origen significa el país donde el Asegurado reside en forma permanente.

Hospital significa un centro que básicamente trata a pacientes internados, que está acreditado como Hospital por parte de la jurisdicción donde se provee tratamiento, brinda servicios de enfermería 24 horas al día a través de enfermeras matriculadas o graduadas, tiene un cuerpo médico compuesto por uno o más Médicos disponibles 24 horas al día, provee instalaciones organizadas para diagnósticos y procedimientos quirúrgicos, cuenta con equipamiento para radiografías y quirófanos, no es principalmente un consultorio, ni una residencia de cuidados para personas con una discapacidad (*nursing home*), ni un hogar de reposo o de convalecencia o establecimiento similar y no es, salvo de manera circunstancial, un lugar para el tratamiento del alcoholismo o consumo de drogas.

Entrante significa un Asegurado Elegible cuyo País de Origen no es Canadá y que está residiendo en Canadá en forma temporaria. Cubre los viajes entre provincias.

Lesión significa el daño corporal a un Asegurado por causa de un Accidente que ocurre por primera vez durante el Período de Cobertura.

Asegurado, Usted o Su significa una persona Elegible menor de 65 años, que ha solicitado cobertura y ha pagado la correspondiente prima al Administrador del Plan, y que está residiendo o viajando en forma temporaria fuera de su País de Origen. Esta definición incluye a estudiantes, profesores, maestros, acompañantes, participantes de intercambios educativos/comerciales/culturales, y a las personas a su cargo mayores de 15 días y menores de 19 años. Esta cobertura es intransferible.

Compañía Aseguradora, Nosotros, Nos, Nuestro significa ACE INA Life Insurance.

Tratamiento Médico significa el consejo, consulta, cuidado, servicio o diagnóstico médico brindado por un Médico o paramédico elegible.

Necesario desde el Punto de Vista Médico significa aquellos servicios o suministros que se le brindan a Usted y que se requieren para identificar o tratar Su Enfermedad o Lesión de Emergencia y que son necesarios para aliviar el dolor agudo o el sufrimiento, o para identificar o tratar Su Enfermedad o Lesión de Emergencia; o con respecto a los servicios de un Hospital, aquellos servicios o suministros que no se le pueden brindar a Usted de manera segura en carácter de paciente externo.

Medicación significa un medicamento que es considerado Necesario desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento o alivio de una Lesión o Enfermedad de Emergencia y al cual se puede acceder únicamente con la prescripción de un Médico o Dentista.

Saliente significa un Asegurado Elegible cuyo País de Origen es Canadá y que está residiendo en forma temporaria fuera de Canadá.

Paramédico significa una persona que ha cumplido con los requisitos profesionales y legales necesarios para brindar los servicios de un quiropráctico, osteópata, médico naturista, acupunturista, quiropodista o podólogo, pero no incluye al Asegurado ni a ningún familiar del Asegurado. NO se requiere orden de derivación del médico.

Administrador del Plan significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Médico significa un doctor en medicina calificado y legalmente autorizado para practicar la medicina en el lugar donde se brindan los servicios médicos, pero no incluye al Asegurado ni a ningún familiar del Asegurado.

Psiquiatra significa un doctor en psiquiatría calificado y legalmente autorizado para practicar medicina psiquiátrica en el lugar donde se brindan los servicios de psiquiatría, pero no incluye al Asegurado ni a ningún familiar del Asegurado.

Psicólogo significa un doctor en psicología calificado y legalmente autorizado para practicar psicología en el lugar donde se brindan los servicios de psicología, pero no incluye al Asegurado ni a ningún familiar del Asegurado.

Gastos Razonables y Habituales significa los montos que generalmente se asignan para el tratamiento, los servicios o suministros para brindar el nivel de cuidado adecuado según la gravedad de la afección de Emergencia que se está tratando, en el lugar geográfico donde se brinda el tratamiento, los servicios o suministros.

Enfermedad significa el inicio repentino de un mal o enfermedad que ocurre por primera vez mientras que este seguro está vigente, y es lo suficientemente grave para que Usted busque un Tratamiento Médico de Emergencia.

Fecha de Vencimiento significa la fecha en que finaliza Su cobertura conforme a esta Póliza. La Cobertura finaliza en la última de las siguientes fechas (a) la fecha indicada como Fecha de Vencimiento en la Solicitud; o (b) la fecha de finalización de cualquier prórroga de esta Póliza. Si Usted regresa a Su País de Origen por cualquier razón distinta de la que se define en **Excursión o Cobertura en el País de Origen - Canadienses** (ver Prestaciones), la cobertura deja de tener vigencia en la fecha en que Usted Regresa al País de Origen.

ACUERDO DE ASEGURACIÓN

Si un Asegurado Elegible sufre una Lesión o Enfermedad de Emergencia durante el Período de Cobertura, pagaremos las prestaciones establecidas en esta Póliza, con sujeción a todos los términos, condiciones, limitaciones, salvedades y demás disposiciones, correspondientes a los Gastos Razonables y Habituales incurridos, hasta cubrir: el Máximo por Prestación para esa prestación en particular, o el máximo de la Póliza, que asciende a \$1 000 000, lo que sea menor. Todos los montos máximos incluidos en esta Póliza son por Asegurado por un período de 365 días, salvo que se indique lo contrario, y se expresan en dólares canadienses. Es condición precedente a la cobertura conforme a esta Póliza que a la Fecha de Entrada en Vigencia, el Asegurado no tiene conocimiento de ninguna afección médica existente que pudiera obligar al Asegurado a incurrir en gastos médicos durante el Período de Cobertura.

PRESTACIONES

Las prestaciones descritas en esta Póliza no están sujetas a franquicias deducibles. El pago de las prestaciones se basa en los cargos Razonables y Habituales por los servicios que se suministran. Su seguro cubre prestaciones totales por hasta \$1 000 000, accediendo así a los siguientes servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar una nueva afección médica de emergencia, elegible, que se inicia por primera vez después de la Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura. Estos servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico incluyen las visitas de seguimiento, exámenes y operaciones que se consideran razonables hasta tanto se resuelva la emergencia inicial, y se establezca la atención.

Servicios Hospitalarios • Los cargos efectuados por un Hospital por habitación semi-privada y comida, y demás servicios y suministros necesarios, incluidos los medicamentos administrados mientras se encuentra internado en un Hospital por razones médicas; sin limitación en cuanto a la cantidad de días; en el caso de Hospitalización Psiquiátrica, ver a continuación; los cargos por Tratamiento Médico suministrado a un paciente internado o paciente externo en caso de Emergencia; los cargos por anestesia o productos sanguíneos y por la administración de tales productos. **Todo procedimiento quirúrgico requiere aprobación previa por escrito del Administrador de Reclamaciones**, salvo en el caso que una demora ponga en riesgo la vida.

Honorarios Médicos • Todos los cargos efectuados por un Médico en concepto de servicios profesionales o Tratamiento Médico.

Tratamiento Psiquiátrico • Cuando se brinda a un paciente internado luego de una Emergencia, los honorarios por servicios de Psiquiatría serán pagados hasta un máximo vitalicio de \$10 000.

Hospitalización Psiquiátrica • Cuando se requiere Hospitalización de Emergencia básicamente para realizar un tratamiento psiquiátrico, las prestaciones se pagan hasta un máximo vitalicio de 30 días.

Psicoterapia • Hasta \$1000 por cargos en concepto de cuidado en consultorios externos brindado por un período de 365 días, incluido el asesoramiento psiquiátrico y psicológico.

Radiografías, Exámenes de Laboratorio y de Diagnóstico • Los cargos por servicios técnicos y de interpretación. **Se requiere aprobación previa por escrito del Administrador de Reclamaciones** para todas las principales exámenes de diagnóstico, incluidas, sin carácter limitativo, la resonancia magnética de imágenes (IMR) y la tomografía axial computarizada (CAT).

Medicación bajo Receta • Se limita al suministro durante 30 días de cualquier tipo de medicación salvo que sea prescrita mientras el paciente esté internado en el Hospital.

Servicio Privado de Enfermería • Hasta \$15 000 por los servicios de una Enfermera Matriculada, Ayudante de Enfermera Matriculada o Trabajador de Asistencia Domiciliaria, pero no incluye al Asegurado, a ningún familiar del Asegurado, ni a ninguna persona que normalmente resida con el Asegurado, cuando lo prescribe el Médico tratante.

Fisioterapia y Fonoaudiología • Hasta \$1000 por cargos efectuados por un fisioterapeuta o fonoaudiólogo salvo que tales servicios se brinden mientras el paciente está internado en un Hospital.

Equipamientos y Suministros Médicos • **Corresponde su pago únicamente si son requeridos como resultado de una Enfermedad o Lesión cubierta.** La compra de suministros médicos, incluidos los vendajes y aparatos prostéticos; los cargos por alquiler de sillas de ruedas, muletas, cama ortopédica u otros aparatos, que no excedan el precio de compra.

Transporte de Emergencia • El costo completo del servicio de ambulancia acreditado hasta el Hospital más cercano cuando es Necesario desde el Punto de Vista Médico; traslados de Emergencia entre Hospitales cuando lo prescribe el Médico tratante, incluido el cargo por uso de ambulancia; O, la tarifa del taxi de ida o vuelta a un Hospital o clínica médica para obtener cuidado médico elegible hasta un máximo de \$100.

Servicios de Paramédicos • Hasta \$500 por Paramédico (quiropático, osteópata, médico naturista, acupunturista, quiropodista o podólogo) por todos los servicios, incluidas radiografías.

Cuidado Odontológico Accidental • Hasta \$4000 para tratamiento odontológico de Emergencia para arreglar o reemplazar dientes naturales o dientes postizos permanentes debido a una Lesión causada por un golpe accidental en la boca. Hasta \$500 para arreglos de emergencia de dientes postizos, incluidos puentes y dentaduras postizas. El tratamiento debe realizarse dentro de los 90 días del Accidente. Los gastos incurridos debido a Accidentes por masticación o Lesión ocasionada por colocar un objeto en dirección de o dentro de la boca no están cubiertos.

Cuidado Odontológico de Emergencia • (a) Hasta \$100 por diente para extraer muelas de juicio golpeadas, o (b) *Cuando se ha adquirido una cobertura mínima de 6 meses consecutivos*, hasta un máximo total de \$600 por tratamiento odontológico de Emergencia para el alivio inmediato del dolor y sufrimiento. Nota: Corresponde pagar las prestaciones del concepto a) o bien las del concepto b), y no son combinables en ningún tipo de reclamación.

Tratamiento de Verrugas • Los cargos por tratamiento de cualquier tipo de verrugas hasta \$500.

Cobertura por Embarazo • Cuando el embarazo comienza después de la Fecha de Entrada en Vigencia de esta Póliza, las complicaciones graves por embarazo se cubren con sujeción al máximo total de la póliza. Dentro de complicaciones graves no se incluyen las afecciones normales del embarazo entre las que se mencionan, sin carácter limitativo, náuseas de embarazo, pérdidas, ecografías, exámenes de sangre y orina, incluido el examen de diabetes gestacional.

Visita Anual al Médico • *Cuando se ha adquirido una cobertura mínima de 6 meses consecutivos*, pagaremos hasta un total de \$150 por una visita a un Médico en Canadá dentro de un período de 365 días para que realice un examen y análisis afines, sin carácter de emergencia, y para una sesión de consulta y prescripción de "anticonceptivos post-coito".

Exámenes de la Vista • Cuando se ha adquirido una cobertura mínima de 6 meses consecutivos, los cargos por un examen de la vista, sin carácter de emergencia, realizado en Canadá por un Optometrista matriculado por período de 365 días. Nota: *NO se cubre el costo de los lentes o lentes de contacto.*

Excursión • Se cubre el viaje fuera de Canadá (a un lugar distinto del País de Origen del Asegurado) por parte de un Asegurado Entrante, sujeto a las siguientes condiciones (a) se debe permanecer más del 50% del tiempo total en Canadá y (b) el viaje a los Estados Unidos está limitado a 30 días por vez. *No se pagarán los gastos cuando se incurran en Su País de Origen, excepto cuando el viaje al País de Origen se realiza expresamente con el fin de participar en un acontecimiento deportivo o extra-curricular organizado por la escuela, o cuando se presenta una reclamación de conformidad con la prestación de Cobertura en el País de Origen — Canadienses (ver a continuación).*

Cobertura en el País de Origen - Canadienses • En el caso de Canadienses que regresan a Canadá, se dispone de la cobertura por un máximo de 90 días hasta que se disponga del servicio de cuidado de salud provincial (GHIP).

PRESTACIONES

AccessAbility – Defecto en el Dispositivo Corrector, Mal Funcionamiento y Protección contra Hurto • Si, mientras esta póliza está vigente, roban un Dispositivo Corrector que Usted necesita y no se puede recuperar, o dicho Dispositivo funciona mal o presenta un defecto que se manifiesta durante el período de cobertura de esta Póliza y, por esa razón, el Dispositivo Corrector que necesita no se puede utilizar, pagaremos hasta \$1000 para reemplazarlo o repararlo. No cubrimos los defectos o el mal funcionamiento, que cuentan con la garantía del fabricante.

Asesoramiento Psicológico en caso de Trauma • Si un Asegurado sufre una pérdida cubierta según el listado del Cronograma de Pérdidas, (excepto la pérdida de vida – ver más abajo) dentro de los 90 días de la fecha de un Accidente ocurrido durante el Período de Cobertura, pagaremos hasta 6 sesiones de asesoramiento psicológico para trauma.

Muerte Accidental y Desmembramiento • Si un Asegurado muere o sufre una discapacidad permanente debido a un Accidente, Lesión, Enfermedad o Acontecimiento cubierto, dentro de los 90 días de la fecha de un Accidente ocurrido durante el Período de Cobertura, pagaremos de acuerdo con el siguiente Cronograma de Pérdidas hasta un máximo de \$50 000. Si las reclamaciones totales que Nos presentan por el mismo Accidente exceden \$1 250 000, Nuestra responsabilidad por ese Accidente se limitará a \$1 250 000, que se prorrateará entre todos los reclamantes que sean personas aseguradas conforme a StudentGuard. Las prestaciones se pagan a los deudos del Asegurado.

Cronograma de Pérdidas

Pérdida de Vida	\$50 000
Pérdida de dos o más Miembros	\$50 000
Pérdida de la Vista de ambos Ojos	\$50 000
Pérdida de un Miembro y la Vista de un Ojo	\$50 000
Pérdida de un Miembro	\$25 000
Pérdida de la Vista de un Ojo	\$25 000

"Pérdida de Miembro" significa la separación de la mano o el pie en la articulación de la muñeca o el tobillo, respectivamente, o por encima de dichas articulaciones, o parálisis completa irreversible.

"Pérdida de la Vista" debe ser completa e irre recuperable.

DESAPARICIÓN - Si un Asegurado desaparece y después de un período de tiempo adecuado es razonable creer que dicho Asegurado ha muerto debido a una Lesión Corporal, corresponde pagar la Prestación por Fallecimiento, sujeto a un compromiso firmado en el que se indica que si a posteriori se descubre que lo que se cree es erróneo, se Nos deberá reintegrar dicha Prestación por Fallecimiento.

EXPOSICIÓN – La Lesión de un Asegurado como resultado directo de una exposición inevitable a los elementos se considerará que ha sido causada por una Lesión Corporal, y se pagarán las prestaciones de acuerdo con el Cronograma de Pérdidas antes detallado.

TRANSPORTE PÚBLICO – En caso de que se produzca el fallecimiento del Asegurado debido a una lesión causada mientras viaja como pasajero con billete pago en (a) cualquier forma de transporte público, o (b) en un vuelo programado en avión o helicóptero, la prestación aumenta a \$100 000.

Las siguientes prestaciones están cubiertas con la aprobación previa del Administrador de Reclamaciones. El monto máximo que corresponde pagar por las siguientes prestaciones de Transporte no puede exceder un total de \$200 000 por Período de Cobertura.

Evacuación Aérea • El costo de transportarlo al Hospital más cercano o a un Hospital en Su País de Origen, si es Necesario desde el Punto de Vista Médico, ya sea:

- el costo del pasaje en camilla en un vuelo programado regular, incluidos los pasajes de regreso en clase económica para los ayudantes médicos calificados (que no sean familiares), y sus honorarios y gastos asociados; o
- mediante ambulancia aérea adecuadamente equipada, incluidos los honorarios y gastos asociados para una tripulación calificada.

Se incluyen los costos de ambulancia terrestre al inicio y fin del vuelo o de los vuelos de conexión. El Médico tratante debe certificar que el Asegurado se encuentra apto desde el punto de vista médico para el tipo de traslado elegido.

Subsidio de Transporte Familiar y Subsistencia • Si no tiene familiares dentro de un radio de 500 kilómetros del lugar donde se encuentra mientras está fuera de Su País de Origen y es Hospitalizado y se prevé que Su Hospitalización durará un mínimo de 7 días, o en caso de que se produzca el fallecimiento del Asegurado, pagaremos hasta \$5000 del costo de transporte ida y vuelta sobre la base del pasaje de menor costo disponible en la ruta más directa para dos personas designadas por Usted para que viajen como acompañantes. También pagaremos hasta \$1500 por alojamiento comercial y comidas por un período máximo de 10 días para estas dos personas. El Médico tratante debe certificar que la situación es lo suficientemente grave para garantizar la visita. Presente todas las facturas y recibos al Administrador de Reclamaciones.

Repatriación o Entierro de la Persona Fallecida • Si el fallecimiento ocurre durante el Período de Cobertura debido a una Lesión o Enfermedad cubierta, pagaremos (a) hasta \$15 000 de los costos razonables y necesarios para la preparación y el traslado de los restos del Asegurado a su País de Origen en un contenedor para transporte estándar, o bien (b) hasta \$5000 por el costo de preparación de los restos, cremación o entierro, y una parcela para su entierro en el lugar donde ocurra el fallecimiento. Quedan excluidos los costos de ataúd, urna, lápida o funeral.

SALVEDADES

No pagaremos ningún gasto derivado en forma directa o indirecta de:

- Una afección preexistente que significa enfermedad, lesión u otra afección que causaba signos o síntomas, y/o requiera consejo o investigación médica, se hubiere indicado o no un diagnóstico, y/o cualquier forma de tratamiento médico suministrado por un Médico u otro Profesional de la Salud durante el período de 3 meses inmediatamente anterior a la Fecha de Entrada en Vigencia, o si ocurre al inicio de la cobertura, una afección que era conocida o manifiesta de modo tal que los costos a incurrir se podrían haber previsto razonablemente.

La siguiente enumeración no constituye tratamiento médico a los fines de esta salvedad sobre afecciones preexistentes:

- el uso constante de medicación, en el sentido de que ningún Médico u otro Profesional de

SALVEDADES

- la Salud ha prescrito cambios en la medicación, dosis o uso;
- b) un chequeo cuando el Médico u otro Profesional de la Salud observa que no se han producido cambios adversos en una afección, síntoma o problema que se hubiere notado anteriormente;
 2. El Tratamiento Médico Optativo o Sin carácter de Emergencia incluido cualquier tratamiento brindado para mantener la estabilidad de una enfermedad o afección crónica, incluidas las visitas para repetir medicación, análisis o exámenes que forman parte de un régimen normal, o para el tratamiento de trastornos o afecciones congénitas o genéticos, o para un tratamiento que no es necesario para el alivio inmediato del dolor y el sufrimiento, o que podría razonablemente ser postergado hasta que el Asegurado regrese a su País de Origen (*salvo según lo dispuesto en las prestaciones Visita Anual al Médico y Exámenes de la Vista*);
 3. Todo tratamiento continuo de una Lesión o Enfermedad si el Administrador de Reclamaciones ha solicitado que el Asegurado regrese a su País de Origen para seguir un Tratamiento Médico de Emergencia; si un Asegurado que ha sido evacuado o a quien se le ha pedido que Regresara a su Casa para continuar el tratamiento luego regresa al País Huésped para reanudar los estudios/docencia durante los mismos años que cubre la póliza o en años subsiguientes, las prestaciones que corresponde pagar se limitarán a un máximo de \$10 000 por dicha enfermedad o lesión por la cual había regresado a su Casa;
 4. Medicación comúnmente disponible sin prescripción; medicamentos para la fertilidad; anticonceptivos; medicamentos para la disfunción eréctil; medicamentos para evitar la caída del pelo; medicamentos para dejar de fumar; vacunas, inmunizaciones o inyecciones; preparaciones o suplementos vitamínicos; o medicación recibida como prevención o para mantenimiento;
 5. Cirugía plástica o cosmética, excepto que se deba practicar debido a una Lesión cubierta; sustitución, extracción, o arreglos de una prótesis existente (*salvo que corresponda su pago dentro de la prestación Dispositivo Correctores*);
 6. Todo gasto incurrido fuera del Período de Cobertura o mientras está en Su País de Origen (*salvo según lo dispuesto en las prestaciones Excursión o Cobertura en el País de Origen - Canadienses*); servicios médicos por cualquier lesión que ocurrió, o enfermedad que se inició en Su País de Origen durante el Período de Cobertura;
 7. Embarazo normal; nacimiento normal; aborto no terapéutico;
 8. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado con el Sida (ARC);
 9. Suicidio, intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, insania, trastornos mentales o emocionales salvo que se encuentre Hospitalizado (*ver prestaciones Tratamiento Psiquiátrico, Hospitalización Psiquiátricas*) o las reacciones incluidos, sin carácter limitativo, estrés, ansiedad, ataques de pánico, depresión, cualquier desorden en la comida o problema de peso (*salvo según lo dispuesto en la prestación Psicoterapia*);
 10. Toda acción deteriorada o bajo la influencia adversa de medicación, fármacos, alcohol o estupefacientes; toda reclamación médica relacionada con el uso o uso equivocado de fármacos o alcohol;
 11. Participación en actividades profesionales deportivas o riesgosas, tales como competencias motorizadas de velocidad, paracaidismo, salto libre en paracaidas, aladeltismo, salto con cuerda elástica desde un puente, exploración de cuevas, montañismo, subida a rocas o acantilados, o buceo;
 12. Pilotear cualquier tipo de avión o viajar como pasajero en un vuelo no comercial; operar cualquier forma de transporte motorizado por tierra o agua sin una licencia válida para el área donde opera; viajar en motocicleta, vehículo para la nieve, o cualquier otro tipo de vehículo mientras corre carreras o carreras todo terreno, salvo que no existan caminos en el área en cuestión;
 13. Lesión o enfermedad causada mientras está entrenando o prestando servicios en cualquier carácter como miembro de las fuerzas armadas o mientras participa en forma activa en cualquier conflicto de guerra, o sufrida en una actividad delictiva. No obstante, si sufre una Lesión como resultado directo de acciones bélicas en las que no está participando en forma activa y dentro de las 48 horas del inicio de tales hostilidades, todo gasto incurrido que surja de tal incidente será cubierto.
 14. Cargos por intereses, financiamiento o mora;
 15. Lesión o enfermedad cubierta conforme a cualquier otra forma de seguro, indemnidad o plan o que es responsabilidad de terceros;
 16. Lesión o enfermedad mientras viaja a un destino respecto del cual el Gobierno del País de Origen ha emitido un aviso de seguridad para viajeros indicando que no se debe viajar a ese destino;
 17. Un viaje desoyendo el consejo médico de un Médico o Profesional de la Salud o con el propósito de recibir Tratamiento Médico o cuando se ha dado al Asegurado un pronóstico terminal con anterioridad al Período de Cobertura.
 18. Todo gasto incurrido porque el Asegurado no ha aceptado o seguido el consejo, tratamiento o tratamiento recomendado de un Médico.

LIMITACIONES

Nos reservamos el derecho de hacer los arreglos de transporte para que regrese a Su País de Origen después de una Emergencia, ya sea antes o después de que reciba el Tratamiento Médico, o los Servicios Hospitalarios o Médicos. Si decide no regresar cuando el Administrador de Reclamaciones lo declara no apto desde el punto de vista médico para viajar, no pagaremos ningún gasto continuo, recidiva o complicaciones que surjan de o en relación directa o indirecta con tal circunstancia.

Limitación a la Responsabilidad

Ni la Compañía Aseguradora, ni el Administrador del Plan y/o el Administrador de Reclamaciones son responsables de la disponibilidad, calidad o resultados de ningún Tratamiento Médico, ni de que Usted no reciba el Tratamiento Médico o transporte y no se responsabilizarán en caso de que quienes prestan tales servicios incurran en negligencia, actos ilícitos u omisiones.

CONDICIONES GENERALES

El Contrato. La Solicitud, esta Póliza, todo documento adjunto a esta Póliza al momento en que se emita, y toda modificación al contrato acordado por escrito con posterioridad a la emisión de la Póliza, constituye el contrato íntegro, y ningún intermediario tiene autoridad para modificar el contrato o renuncia a sus disposiciones.

Renuncia a Derechos. No se considerará que la Compañía Aseguradora ha renunciado a cualquier condición de este contrato, ya sea en todo o en parte, a menos que la renuncia esté claramente expresada por escrito y firmada por la Compañía Aseguradora.

Copia de la Solicitud. La Compañía Aseguradora, si se lo requiere, entregará al Asegurado de conformidad con el contrato una copia de la Solicitud.

Pago de la Prima. La prima total vence y es exigible al momento en que solicita el seguro. Si por cualquier razón la prima pagada por la cobertura solicitada es incorrecta, Nosotros a) imputaremos y cobraremos la diferencia, o b) reduciremos el Período de Cobertura en caso de que no se pueda cobrar el monto cobrado por debajo de la prima, o c) reintegraremos todo pago por encima de la prima. La cobertura será nula si por cualquier razón la entidad financiera no cumple con el pago que Usted realizó. La prima se calcula usando las tasas de primas más comunes en la fecha en que solicita la cobertura, de acuerdo con Su edad en la Fecha de Entrada en Vigencia. Nos reservamos el derecho a rechazar cualquier solicitud de seguro.

Contratos o Pólizas por Duplicado. En caso de que se emita más de un contrato a favor de un Asegurado, las prestaciones se limitarán al monto máximo que corresponde pagar conforme a un contrato en cualquier momento, y se emitirá un reintegro en caso de duplicación de primas.

Declaración Falsa u Omisión de Información. Toda cobertura conforme a esta Póliza será invalidada, si, ya sea antes o después de un siniestro, el Asegurado ha ocultado información o prestado declaración que induzca a error sobre cualquier hecho o circunstancia significativa relacionada con esta cobertura o el objeto de la misma, o el interés que pueda tener el Asegurado, o en caso de fraude o falso juramento por parte del Asegurado.

Hechos Significativos. Ninguna declaración formulada por un Asegurado al momento de la Solicitud de este contrato será utilizada para defender una reclamación presentada conforme a este contrato o para evitar el mismo a menos que tal declaración esté incluida en la Solicitud o en otras declaraciones o respuestas por escrito entregadas como evidencia de asegurabilidad (buena salud).

Derecho Aplicable. Esta Póliza se rige por las leyes de la provincia o territorio canadiense donde ha sido vendida. Toda acción o procedimiento instituido contra la Compañía Aseguradora para la recuperación de las sumas reclamadas conforme a esta Póliza debe ser interpuesto en la provincia o territorio canadiense donde se ha vendido esta Póliza y debe iniciarse dentro de 1 año de la fecha en que aparecieron los hechos que justifican la acción.

Pagos de Prestaciones. Todas las prestaciones se le deben pagar a Usted a menos que ceda Su derecho a recibir el pago directamente al proveedor de los servicios o a cualquier otra persona que designe a tal efecto. En caso de que se produzca Su fallecimiento corresponderá pagar todas las prestaciones a Sus deudos. El pago de prestaciones no contempla el pago de intereses.

Moneda. Todos los montos en concepto de primas, Máximo por Prestaciones y pagos de prestaciones están expresados en dólares canadienses. A los fines del reembolso, la tasa de cambio de moneda extranjera será la tasa determinada a la fecha en que se pagó el gasto y cotizada por la Entidad Financiera elegida por el Administrador de Reclamaciones. A opción de la Compañía Aseguradora, podemos pagar una reclamación por prestaciones en la moneda del lugar donde tuvo lugar el siniestro o en moneda de los Estados Unidos de América.

Coordinación de Prestaciones. Las prestaciones detalladas en esta Póliza se pagan por encima de aquellas disponibles conforme a cualquier otra Póliza o plan de seguro válido y cobrable que le otorga derechos a presentar reclamaciones, incluidos, sin carácter limitativo, un plan de seguro de salud que otorga el gobierno, seguro por accidente y enfermedad personal grupal o extensión de cobertura de salud/médica, seguro automotor o plan de prestaciones, seguro para propietarios, inquilinos, u otro seguro contra riesgos múltiples, seguro de beneficios con tarjeta de crédito, y otros seguros de viajeros. Todo pago realizado conforme a esta Póliza será coordinado con cualquier otro plan que brinda cobertura similar de modo tal que el total de las prestaciones que corresponde pagar conforme a todas las pólizas o planes no exceda el 100% de los gastos incurridos elegibles.

Rescisión por parte del Asegurado. El Asegurado puede rescindir este contrato en cualquier momento cursando notificación por escrito de la rescisión al Administrador del Plan que actúa en representación de la Compañía Aseguradora, o entregándola a un agente autorizado (por ejemplo, escuela u organización). Si esta Póliza es cancelada antes de la Fecha de Entrada en Vigencia por razones médicas, el Asegurado o el agente autorizado del Asegurado, según corresponda, recibirá el reintegro total de las primas pagadas. Si la Póliza es cancelada por cualquier otra razón, se cobrarán \$25 por cargo administrativo. Si esta Póliza es cancelada después de la Fecha de Entrada en Vigencia, reintegraremos las primas pagadas por cobertura no utilizada menos el cargo administrativo de \$25, siempre que no se hubiere realizado o pagado, o se encontrare pendiente de pago, alguna reclamación. Existe un período de espera para todos los reintegros.

Reintegros. Los reintegros se calculan prorrateados desde la fecha del sello de correo estampado en Su solicitud por escrito o la fecha en que el Administrador del Plan recibe dicha solicitud por fax o correo electrónico, y están sujetos a un monto de reintegro mínimo de \$10. No se pagarán reintegros sobre la cobertura de reemplazo GHIP de 90 días correspondientes a Canadienses que Regresan.

Rescisión por parte de la Compañía Aseguradora. (1) La Compañía Aseguradora puede rescindir este contrato en cualquier momento cursando notificación por escrito de la rescisión al Asegurado. Se reintegrarán las primas no utilizadas siempre que no existan reclamaciones pagas o pendientes de pago. (2) La notificación de rescisión puede ser enviada al Asegurado por correo, o por fax o correo electrónico, o cuando la solicitud ha sido enviada por otra parte o agente, se podrá notificar a dicha parte o agente por correo, fax o correo electrónico. (3) Cuando se cursa notificación de rescisión, se dará un aviso de notificación de rescisión de 5 días, con vigencia en la fecha del envío por correo, fax o correo electrónico.

Subrogación (Derecho de Recuperación). Si Usted o Su representante han recibido el pago de alguna prestación por un monto por encima del permitido según lo dispuesto en esta Póliza, o si el pago se efectúa por causa de un error administrativo o de gestión, entonces Nos reservamos el derecho de recuperar dicho monto de Usted o cualquier entidad, asegurador, u otra organización o parte a quien se le hubiere realizado dicho pago.

CONDICIONES GENERALES

Si un pago se efectúa conforme a esta Póliza, entonces tenemos el derecho de iniciar acciones en Su nombre contra terceros responsables por originar una reclamación conforme a esta Póliza. Nosotros o Nuestros representantes designados gozarán de todos los derechos de subrogación. No deberá hacer nada en perjuicio de tales derechos y cooperará totalmente con Nosotros o Nuestros representantes designados, acordando firmar, celebrar y/u otorgar los documentos que sean necesarios para iniciar acciones contra los terceros responsables.

Prórrogas de la Póliza. El Período de Cobertura máximo disponible conforme a esta Póliza, incluidas las prórrogas, es de 365 días consecutivos desde la Fecha de Entrada en Vigencia. Todo pedido de prórroga debe cursarse al Administrador del Plan con una antelación mínima de 7 días hábiles inmediatos y anteriores a la Fecha de Vencimiento de la cobertura existente. La cobertura correspondiente a la extensión de esta Póliza será inválida desde su inicio si Su entidad financiera no cumple con el pago. El Administrador del Plan o la Compañía Aseguradora tienen el derecho de rechazar tal prórroga. Si se ha recibido alguna reclamación del Asegurado, se puede otorgar una prórroga con la salvedad de la afección reclamada.

Continuación Automática de la Cobertura. Si inevitablemente el Asegurado se demora por una razón que le es totalmente ajena al Asegurado, excediendo la finalización del Período de Cobertura, esta Póliza mantendrá su vigencia en forma automática sin pagar primas extras por un período no mayor de:

- 72 horas, si la demora se produce mientras viaja como pasajero con billete pago en transporte público acreditado o en vehículo privado y la demora se origina por un desperfecto mecánico, Accidente de tránsito o inclemencias del tiempo; o
- el período de permanencia como paciente internado en un Hospital (a menos que el mencionado período de permanencia supere el límite máximo de Hospitalización Psiquiátrica) O el período durante el cual Usted no puede viajar por razones médicas (excluidas las afecciones psiquiátricas) aceptables para el Administrador de Reclamaciones. Una vez que se le haya dado el alta en el Hospital o después de obtener la aprobación médica para viajar, se le otorgará una prórroga adicional de 72 horas.

Notificación y Evidencia de Reclamación. El Asegurado, o un beneficiario con derecho a formular una reclamación, o el representante de cualquiera de ellos, (a) cursará notificación por escrito de la reclamación, incluyendo un Formulario de Reclamación completo y los originales de todas las facturas, al Administrador de Reclamaciones o al Administrador del Plan, que actúa en representación de la Compañía Aseguradora mediante entrega o envío por correo, a más tardar dentro de los 30 días de la fecha en que surge una reclamación conforme al contrato a raíz de un Accidente, Lesión, Enfermedad o discapacidad; (b) dentro de los 90 días de la fecha en que surge una reclamación conforme al contrato a raíz de un Accidente, Lesión, Enfermedad o discapacidad, entregará al Administrador de Reclamaciones o al Administrador del Plan las evidencias que sean razonablemente posibles en las circunstancias en que ocurrió el Accidente o el inicio de la Lesión, Enfermedad o discapacidad, y el siniestro que ello originó, que avalen el derecho del reclamante a recibir el pago, y (c) si así lo requiere el Administrador de Reclamaciones o el Administrador del Plan, entregará un certificado satisfactorio respecto de la causa o naturaleza del Accidente, Lesión, Enfermedad o discapacidad respecto del cual se efectúa la reclamación conforme al contrato. Esta referencia a "discapacidad" se refiere a las prestaciones que corresponde pagar conforme a la prestación de Muerte Accidental y Desmembramiento.

Falta de Notificación o Evidencias. La falta de notificación de reclamación o entrega de evidencias correspondientes dentro del tiempo arriba prescrito no invalida la reclamación si la notificación se cursa o las evidencias se entregan lo antes posible, en la medida razonable, y en ningún caso después de transcurrido un año de la fecha del incidente o Accidente o de la fecha en que surge una reclamación conforme al contrato a raíz de una Lesión, Enfermedad o discapacidad si se demuestra que no fue razonablemente posible hacerlo dentro del tiempo así prescrito.

Administrador del Plan Entregará Formularios para Evidencias de Reclamación. Los Formularios de Reclamación se entregan con cada Tarjeta de Identificación emitida, y también se proveen en todas las escuelas y organizaciones. Cuando se requiere un Formulario de Reclamación, el Administrador del Plan proveerá uno al Asegurado, por fax, correo o correo electrónico. También se puede acceder a los Formularios de Reclamación en nuestro sitio web: www.studentguard.com.

Derecho a Examinar. Como condición precedente para recuperar el dinero del seguro conforme a este contrato, (a) el reclamante dará una oportunidad a la Compañía Aseguradora de que examine al Asegurado en la fecha y con la periodicidad que sea necesario en la medida razonable en el tiempo en que la reclamación se encuentre pendiente.

El médico y lugar donde se realizará dicho examen quedan a criterio de la Compañía Aseguradora. El Asegurado se compromete a cooperar y dar todos los datos al médico. Este médico puede, contando con la información que le aportó el médico tratante, efectuar más recomendaciones para asistir en la recuperación o cura, y (b) en caso de que se produzca el fallecimiento de la persona asegurada, la Compañía Aseguradora puede requerir una autopsia, sujeto a las leyes en materia de autopsias que rigen en la jurisdicción correspondiente.

Falta de cumplimiento con las obligaciones. Podemos optar por limitar o rechazar pagos cuando (a) el asegurado o la parte afectada al pago es negligente en el cumplimiento de

CONDICIONES GENERALES

cualquier obligación a su cargo y por ello ha dañado los intereses del asegurado; (b) los hechos se han brindado en forma incorrecta o insuficiente, o han inducido a error, o si se han suministrado datos falsos, (c) cuando un asegurado sufre una Lesión o Enfermedad, el Asegurado debe buscar tratamiento médico inmediato y seguir todos los consejos, prescripciones y órdenes del médico. El incumplimiento puede derivar en una disminución en el monto a pagar o en rechazo del pago.

Disponibilidad del Pago. El dinero que se debe pagar conforme a este contrato será abonado por la Compañía Aseguradora dentro de los 90 días de haber recibido las evidencias de reclamación aceptables.

Limitación a las Acciones Judiciales. No se podrá iniciar acción o procedimiento judicial contra la Compañía Aseguradora para la recuperación de una reclamación conforme a este contrato una vez transcurrido más de un año de la fecha en que está disponible el dinero del seguro o de la fecha en que hubiera estado disponible para el pago si hubiera sido una reclamación válida.

PROCEDIMIENTO PARA RECLAMACIONES

- Debe llamar** al Número de Asistencia para Emergencias que aparece más adelante ANTES de ingresar al Hospital como paciente internado y para obtener la aprobación previa por escrito **ANTES de incurrir en gastos respecto a las siguientes prestaciones:**
 - Principales exámenes de diagnóstico
 - Cirugía
 - Transporte Familiar
 - Odontología
 - Evacuación Aérea
 - Repatriación / Entierro
- Presente Su Tarjeta de Identificación de StudentGuard a los proveedores de servicios médicos.
- Complete un formulario de reclamación por CADA Enfermedad o Lesión nueva LA PRIMERA VEZ que las trata. Llévela con Usted en la primera cita, si es posible. Puede fotocopiar un formulario de reclamación en blanco para utilizar en el futuro u obtener formularios a través de Su organización o de nuestro sitio en internet en www.studentguard.com.
- Dentro de los 30 días del primer gasto médico, **ENVÍE POR CORREO:**
 - El formulario de reclamación completo.
 - Las facturas / recibos **ORIGINALES** con el detalle.
 - Incluya los informes médicos, los informes de la guardia de emergencia, la historia e informes clínicos y físicos, quirúrgicos y de laboratorio, las radiografías y el informe de alta, a la siguiente dirección:

**StudentGuard Claims
300 John Street, Suite 610
Thornhill, Ontario Canada L3T 5W4**

Recuerde guardar una copia para Sus archivos.

- En caso de una reclamación por fallecimiento, el beneficiario u otra persona con derecho a la reclamación debe llamar a Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. para informar la reclamación. Los datos se deben presentar con un certificado u otra constancia de fallecimiento original que sea aceptable a Nuestro criterio.

No nos responsabilizaremos por ninguna reclamación presentada una vez transcurrido más de un año de la fecha en que se incurrió el siniestro.

Las reclamaciones no se podrán evaluar a menos que el reclamante hubiere completado en su totalidad y firmado el formulario de reclamación y el hubiere presentado con toda la documentación ORIGINAL que se requiere, libre de todo gasto para Nosotros.

No se dispondrá el pago hasta que el Administrador de Reclamaciones haya recibido todas las facturas y recibos originales.

Asegurado por



ACE INA Life Insurance
130 King Street West, 12th Floor,
The Exchange Tower
Toronto, Ontario
M5X 1A6

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Nosotros y Nuestro Administrador del Plan (en forma colectiva, "Nosotros", "Nuestro" en esta cláusula de privacidad) nos comprometemos a proteger la privacidad de la información personal que hemos recibido de Usted y de otras fuentes al momento de procesar Su Solicitud de seguro y cuando evaluemos cualquier reclamación que nos presente. Para proteger la confidencialidad, limitaremos todo acceso a Su información sólo a aquellos empleados y agentes responsables de la administración de este seguro y de procesar e investigar las reclamaciones o a cualquier otra persona a quien Usted autorice o conforme lo requiera o autorice la ley. Su información está guardada en las oficinas de T.H.I.S., a quien podrá solicitarla para una revisión.

Póngase en contacto con el Número de Asistencia para Emergencias las 24 Horas, ya sea en forma gratuita llamando al 1-888-756-8428 (América del Norte) o con cobro revertido (905) 731-8291

- dentro de las 24 horas de ingresar al Hospital, o de no estar capacitado, lo antes posible en la medida razonable;
- para obtener cualquier prestación para la cual se requiere aprobación previa;
- en el caso de Asegurados Entrantes que van de Excursión, antes de incurrir en CUALQUIER TIPO de gastos médicos.

La falta de notificación al Administrador de Reclamaciones según lo requerido limitará Nuestra responsabilidad al 90% de los gastos elegibles incurridos.