

Beneficios del Seguro para los participantes del 24° Jamboree Mundial**Beneficios del Seguro otorgado por The Boy Scouts of America**

Es usted una Persona Cubierta y elegible para ser cubierta bajo este plan, si está dentro de la clase elegible definida abajo. Para que los beneficios puedan ser pagados la Póliza tiene que estar vigente, la prima requerida debe ser pagada, y debe de estar participando en una de las Actividades Cubiertas descritas abajo. Si no está en Servicio Activo en la fecha en que su seguro de otra forma ya sería efectivo, empezará a correr en la fecha en la que regrese al Servicio Activo.

Descripción de Clases:

- Clase 1:** Todos los jóvenes, adultos y staff voluntario registrados que sean residentes de los Estados Unidos y asistan al 24° Jamboree Scout Mundial.
- Clase 2:** Todos los jóvenes, adultos y staff voluntario registrados que no sean residentes de los Estados Unidos y asistan al 24° Jamboree Scout Mundial.
- Clase 3:** Todos los Visitantes* de día que sean residentes de los Estados Unidos y que se encuentren en la sede del 24° Jamboree Scout Mundial. *Visitante significa individuo invitado y autorizado para participar en una Actividad Cubierta que esté bajo el control del Tenedor de la Póliza.
- Clase 4:** Todos los Visitantes* de día que no sean residentes de los Estados Unidos y que se encuentren en la sede del 24° Jamboree Scout Mundial. *Visitante significa individuo invitado y autorizado para participar en una Actividad Cubierta que esté bajo el control del Tenedor de la Póliza.

Periodo de Cobertura: Estará asegurado a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza o en la fecha en que sea elegible, lo que ocurra después. Su cobertura termina en la fecha: 1) de terminación de la Póliza; 2) en que ya no sea elegible; o 3) en que termine el periodo por el cual se pagó la prima requerida, lo que ocurra primero.

ACTIVIDADES CUBIERTAS

Clases 1 y 2: Actividades Patrocinadas - El Accidente Cubierto debe tener lugar: 1) en la sede de Summit Bechtel Reserve (incluyendo Ruby Welcome Center) durante las horas normales de operación; o 2) en la sede de Summit Bechtel Reserve (incluyendo Ruby Welcome Center) durante otros periodos, si se está asistiendo o participando en una Actividad Cubierta.

Clases 3 y 4: Actividades Patrocinadas - El Accidente Cubierto debe tener lugar: 1) en la sede de Summit Bechtel Reserve durante las horas normales de operación; o 2) en la sede de Summit Bechtel Reserve durante otros periodos, si se está asistiendo a o participando en una Actividad Cubierta.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

(Beneficios Aplicables a Todas las Clases)

Beneficios de Muerte Accidental y Desmembramiento – Si su Lesión resulta, dentro de los 365 días a partir de la fecha de un Accidente Cubierto, en cualquiera de las pérdidas mostradas abajo, pagaremos el Monto del Beneficio que se muestra abajo para esa pérdida. Su Suma Principal es de \$10,000. Si ocurren pérdidas múltiples, únicamente un Monto de Beneficio, el mayor, será pagado para todas las pérdidas resultando del mismo Accidente Cubierto.

Tabla de Pérdidas Cubiertas

<u>Pérdida Cubierta</u>	<u>Monto del Beneficio</u>
Cuadriplegia.....	200% de la Suma Principal
Dos o Más Miembros.....	200% de la Suma Principal
Pérdida de la Vida.....	100% de la Suma Principal
Insuficiencia Cardíaca.....	100% de la Suma Principal
Pérdida del Habla y Pérdida de la Audición.....	100% de la Suma Principal
Hemiplejia.....	100% de la Suma Principal
Paraplejia.....	100% de la Suma Principal
Un Miembro.....	50% de la Suma Principal
Pérdida del Habla o Pérdida de la Audición.....	50% de la Suma Principal
Dedos Pulgar e Índice de la Misma Mano.....	25% de la Suma Principal
Pérdida de Audición en Un Oído.....	25% de la Suma Principal

“Insuficiencia Cardíaca” significa muerte porque el corazón deja de latir debido a una insuficiencia del corazón para mantener una circulación adecuada de la sangre provocada por una participación en una Actividad Cubierta.

“Cuadriplejia” significa una Parálisis total de las extremidades tanto superiores como inferiores. “Hemiplejia” significa una Parálisis total de las extremidades superiores e inferiores en un lado del cuerpo. “Paraplejia” significa una Parálisis total de ambas extremidades inferiores o ambas extremidades superiores. “Parálisis” significa una pérdida total del uso. Un Doctor debe determinar que la pérdida del uso sea completa e irreversible al momento en que se da el aviso de reclamación.

“Miembro” significa Pérdida de Mano o Pie, o Pérdida de la Vista. “Pérdida de la Mano o Pie” significa amputación completa a través o encima de la articulación de la muñeca o tobillo. “Pérdida de la Vista” significa la Pérdida de Vista total y permanente de un ojo. “Pérdida del Habla” significa la pérdida total y permanente de la

comunicación audible que es irrecuperable por medios naturales, quirúrgicos o artificiales. “Pérdida de la Audición” significa Pérdida de la Audición total y permanente en ambos oídos que es irrecuperable y no puede ser corregida por ningún medio. “Pérdida de los Dedos Pulgar e Índice de la Misma Mano” significa amputación completa a través o arriba de las articulaciones metacarpofalángicas de la misma mano (las articulaciones entre los dedos y la mano). “Amputación” significa la completa separación y desmembramiento de la parte del cuerpo.

Beneficio de Ambulancia – Pagaremos hasta \$6,000 si requiere servicios de ambulancia como consecuencia de una Lesión resultando directa e independientemente de toda otra causa de un Accidente Cubierto. Los servicios de ambulancia proporcionados deben ser para el transporte de la escena del Accidente Cubierto al Hospital más cercano que sea capaz de proporcionar un cuidado apropiado, o para el transporte a un Hospital dentro de las 48 horas siguientes al Accidente Cubierto.

Beneficio Dental – Pagaremos hasta \$5,000 para la reparación, tratamiento y/o reemplazo de dientes naturales en buen estado. Para los asegurados Clases 1 y 3 únicamente. Si, dentro del periodo de 52 semanas siguiente a la fecha del accidente, el dentista que atiende al asegurado certifica que el tratamiento y/o reemplazo dental debe posponerse hasta después de dicho periodo de 52 semanas, pagaremos el costo estimado de dicho tratamiento; sin embargo, los beneficios no excederán un total de \$5,000.

Beneficio de Sicoterapia por Luto y por Trauma – Pagaremos por sesiones de sicoterapia a \$100 por sesión por hasta cinco sesiones, dando un total máximo del beneficio de \$500, sujeto a las siguientes condiciones, cuando usted y/o un Miembro de su Familia Inmediata y/u otro Asegurado elegible asistiendo a la Actividad Cubierta requiera de sicoterapia por luto y trauma porque usted haya sufrido una Pérdida Cubierta que resulte directa e independientemente de toda otra causa de un Accidente Cubierto. Dicha sicoterapia debe cumplir con todas las siguientes condiciones: 1) los gastos cubiertos de sicoterapia por luto y trauma deben incurrirse dentro del año a partir de la fecha del Accidente Cubierto causando la Pérdida Cubierta; 2) el gasto es realizado para una sesión de sicoterapia de luto o trauma para usted y/o uno o más Miembros de su Familia Inmediata y/u otros Asegurados elegibles asistiendo a la Actividad Cubierta; 3) la terapia sea proporcionada bajo el cuidado, supervisión u orden de un Doctor; y 4) se habría incurrido en tal cargo aunque no existiera el seguro.

"Miembro de la Familia Inmediata" significa una persona emparentada con usted de cualquiera de las siguientes formas: cónyuge, cuñado, cuñada, yerno, nuera, suegra, suegro, padre, madre (incluye padrastro o madrastra), hermano, hermana, hijo, hija (incluye hijos legalmente adoptados o hijastros), nieto, nieta, abuelo y abuela.

Los beneficios cubiertos de sicoterapia por duelo o trauma no incluyen ningún gasto al que usted tenga derecho por beneficios bajo la Ley de Compensación Laboral o cualquier ley similar.

Beneficio de Manejo de Crisis – Pagaremos por sesiones de sicoterapia a \$100 por sesión hasta por cinco sesiones, si usted sufre una Pérdida Cubierta como resultado de una Agresión Delictuosa o del uso de una pistola o navaja por otra persona para cometer un acto de violencia si el accidente ocurre mientras esté participando en una Actividad Cubierta. “Agresión Delictuosa” significa un acto de violencia física contra una persona cubierta por esta Póliza por alguien otro que un miembro de la Familia Inmediata.

Beneficio de Síndrome de Estrés Postraumático – Pagaremos por sesiones de sicoterapia a \$100 por sesión hasta por cinco sesiones, si usted sufre de Síndrome de Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) resultando directa e independientemente de todas las otras causas por un Accidente Cubierto. “Síndrome de Estrés Postraumático” (PTSD) significa una respuesta con retraso o extendida a un evento o situación estresante de una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que es probable que cause aflicción generalizada en cualquier persona. Su PTSD debe ser diagnosticado por un proveedor de cuidados de la salud con licencia (otro que usted o un miembro de su Familia Inmediata o residencia) actuando dentro del ámbito de su licencia y proveyendo cuidado o tratamiento para usted que sea apropiado para las condiciones y localidad.

Beneficio de Gastos de Transportación de Regreso – Pagaremos hasta \$1,500 por gastos de transportación incurridos si, como resultado de un Accidente Cubierto, su Doctor requiere que regrese a casa después de una Actividad Cubierta. Este beneficio incluye el costo de una persona que lo acompañe durante el viaje. Si usted fallece, pagaremos los gastos incurridos por un miembro de su Familia Inmediata para acompañar su cuerpo. Pagaremos este beneficio adicionalmente a cualquier otro beneficio otorgado en la Póliza. Los beneficios no serán pagables a menos que nosotros autoricemos por escrito o por un medio autorizado electrónico o telefónico todos los gastos de antemano.

Beneficio de Gastos por Lesión Específica – Pagaremos hasta \$35,000 por Gastos Cubiertos incurridos por el tratamiento de: a) pérdida de la vista en ambos ojos; b) Desmembramiento de Cualquier Extremidad; c) Parálisis; d) Coma Irreversible; e) pérdida completa del habla; o f) pérdida de la audición en ambos oídos. El Beneficio de Gastos por Lesión Específica está sujeto al Deducible, Porcentaje de Coaseguro, Periodo de Beneficio, Beneficio Máximo, si existe, declarado en la *Tabla de Beneficios*. “Desmembramiento de Cualquier Extremidad” significa separación completa de mano, pie, brazo o pierna. “Separación” significa la completa separación y desmembramiento de la parte del cuerpo. “Parálisis” significa pérdida total del uso de: a) tanto las extremidades superiores como las inferiores; extremidades superiores e inferiores de un lado del cuerpo; una extremidad inferior o una extremidad superior; o ambas extremidades inferiores o ambas extremidades superiores. “Coma Irreversible” significa: a) un estado de inconsciencia en donde hay una cesación de actividad en el sistema central nervioso

demostrado por un electroencefalograma (usando los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Electroencefalografía), y b) por un diagnóstico de muerte cerebral por el Médico tratante.

Beneficios de Gastos Médicos por Accidente
(Aplicable Únicamente a Asegurados Clases 1, 3 y 4)

Alcance de la Cobertura para Beneficios de Gastos Médicos por Accidente:

- Clases 1 y 3: Beneficios en Exceso Pleno
- Clase 4: Beneficios Primarios

Pagaremos los Gastos Cubiertos que resulten directamente, y por ninguna otra causa, de un Accidente Cubierto. Estos beneficios deben incurrirse dentro de los 365 días a partir de la fecha del Accidente Cubierto y están sujetos a un Deducible de \$0. El Beneficio Máximo para todos los Beneficios de Gastos Médicos por Accidente para usted es de \$25,000. Estos beneficios únicamente son pagables: 1) Por los Gastos Usuales y Habituales incurridos después de que el Deducible (si lo hubiera) haya sido cubierto; 2) para aquellos Gastos Cubiertos Médicamente Necesarios que usted reciba; y 3) si los primeros gastos incurridos están dentro de los 60 días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto. No se pagarán beneficios por ningún gasto incurrido en exceso de los Gastos Usuales y Habituales.

Adicionalmente a las Exclusiones Generales, no pagaremos Beneficios de Gastos Médicos por Accidente por cualquier pérdida, tratamiento o servicios resultando de o contribuidos por:

- tratamiento por personas empleadas o contratadas por el Tenedor de la Póliza, o por cualquier miembro de la Familia Inmediata o miembro de la residencia del Asegurado.
- tratamiento de enfermedades, trastornos o infecciones excepto infecciones piogénicas o infecciones bacterianas que resulten de la ingestión accidental de sustancias contaminadas.
- tratamiento de hernias, Enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, enfermedades o problemas cardiacos, fracturas patológicas, debilidad congénita, retina desprendida a menos que sea causada por una Lesión, o enfermedad mental o psicológica o cuidado o tratamiento psiquiátrico (excepto como lo disponga la Póliza), sea o no causado por un Accidente Cubierto.
- embarazo, parto, aborto natural, legrado, o cualquier complicación de alguna de estos estados.
- desórdenes mentales y nerviosos (excepto como lo disponga la Póliza).
- daño a o pérdida de dentaduras o puentes dentales, o daño a equipo de ortodoncia existente (excepto lo que esté específicamente cubierto por la Póliza).
- gastos incurridos por el tratamiento de disfunción de articulaciones temporomandibular o craniomandibular y dolor miofacial asociado (excepto lo que disponga la Póliza).

- Lesión cubierta por leyes de Compensación Laboral, Responsabilidad Laboral o beneficios ocupacionales similares o durante la participación en una actividad por la que tenga una retribución monetaria de alguna otra fuente que el Tenedor de la Póliza.
- Lesión o pérdida en la que contribuya el uso de drogas a menos que sean administradas por un Doctor.
- cirugía plástica, excepto cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una Lesión.
- cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento de salud, o examinación optativos incluyendo cualquier servicio, tratamiento o suministros que: (a) estimemos que sea experimental; y (b) no sean prácticas médicas reconocidas y generalmente aceptadas en los Estados Unidos.
- anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, sillas de ruedas, frenos, aparatos, exámenes o prescripciones para lo anterior, o reparación o reemplazo de extremidades artificiales existentes, aparatos ortopédicos u ortóticos.
- gastos pagables por cualquier Póliza de seguro automotriz sin importar la culpa. (Esta exclusión no aplica en cualquier estado donde esté prohibido).
- condiciones que no hayan sido causadas por un Accidente Cubierto.
- participación en cualquier actividad o riesgo que no esté específicamente cubierto por la Póliza.
- cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté específicamente cubierto por la Póliza.

Extensión de Beneficios de Gastos Médicos por Accidente (Aplicable Únicamente a Asegurados Clase 4) –

Pagaremos beneficios por Gastos Médicos Cubiertos si continúa el tratamiento en su País de una Lesión cubierta que fue tratada inicialmente durante el curso de la Actividad Cubierta. Estos beneficios están limitados a los beneficios que de otra forma serían pagables bajo el Beneficio de Gastos Médicos por Accidente. Los Beneficios son pagables bajo la póliza únicamente en la medida en la que los Gastos Cubiertos no sean pagaderos bajo ningún otro plan de cuidado de la salud local. La cobertura inicia en la fecha de llegada a su País de Origen y termina 30 días después de haber regresado a su País de Origen. Los pagos por Extensión de Beneficios de Gastos Médicos por Accidente están sujetos a un Deducible de \$0, Porcentaje de Coaseguro y Beneficio Máximo mostrado arriba para los Beneficios de Gastos Médicos por Accidente.

Beneficio de Gastos Médicos por Enfermedad
(Aplicable Únicamente para Asegurados Clase 1)

Pagaremos beneficios por Gastos Cubiertos incurridos dentro de los 364 días siguientes de la fecha del primer tratamiento de la Enfermedad Cubierta como resultado de una Enfermedad al participar en actividades que estén programadas, supervisadas y patrocinadas por el Tenedor de la Póliza, incluyendo el traslado directo de y a dichas

Actividades Cubiertas. Adicionalmente, los Beneficios de Gastos Médicos por Enfermedad están sujetos a cualquier Límite Agregado aplicable en la *Tabla de Beneficios*.

El Beneficio Máximo por todos los beneficios de Gastos Médicos por Enfermedad es de \$12,500. El pago de los beneficios aplica en base a la Persona Cubierta, por Enfermedad Cubierta y está sujeto a un Deducible de \$0 por Enfermedad Cubierta. Su porcentaje de coaseguro es 100% de los Gastos Usuales y Habituales.

Los Beneficios de Gastos Médicos por Enfermedad únicamente son pagables: (1) por Gastos Usuales y Habituales incurridos después de haber sido cubierto el Deducible; y (2) para aquellos Gastos Cubiertos Médicamente Necesarios que reciba el Asegurado.

No se pagarán beneficios para cualquier gasto incurrido que, a nuestro juicio, esté en exceso de los Gastos Usuales y Habituales.

Gastos Cubiertos

- Gastos Hospitalarios de Alojamiento: la tarifa diaria de habitación cuando un Asegurado se encuentre Confinado a un Hospital y se proporcionen cuidados de enfermería general que sean cobrados por el Hospital. Al computar el número de días pagables bajo este beneficio, se contará la fecha de admisión pero no la fecha de alta.
- Gastos Hospitalarios Complementarios: servicios y suministros incluyendo quirófano, pruebas de laboratorio, anestesia y medicinas (excluyendo medicamentos para llevar a casa) cuando se encuentre Confinado al Hospital.
- Cuidado Médico de Emergencia (habitación y suministros) Gastos: por una Enfermedad Cubierta e incluyendo los honorarios del Médico tratante, rayos X, procesos de laboratorio, uso de las instalaciones de urgencias y suministros.
- Gastos de Quirófano y Suministros de Paciente Ambulatorio por el uso de las instalaciones quirúrgicas.
- Rayos X, procesos y pruebas de laboratorio para el diagnóstico de paciente ambulatorio.
- Gastos de Consulta/Tratamiento No Quirúrgicos del Doctor (excluyendo medicinas) incluyendo la visita inicial al Médico, cada visita de seguimiento y consultas necesarias cuando sea por referencia del Médico tratante.
- Gastos Médicos Quirúrgicos. Si una Enfermedad Cubierta requiere de múltiples intervenciones quirúrgicas a través de la misma incisión, pagaremos únicamente un beneficio, el mayor de las intervenciones realizadas. Si se realizan intervenciones quirúrgicas múltiples en la misma sesión pero a través de diferentes incisiones, pagaremos según la Tabla de Beneficios la intervención más costosa y el 50% de los gastos cubiertos por las cirugías adicionales.
- Gastos de Cirujano Asistente cuando sea Médicamente Necesario.
- Gastos de Anestesiólogo para exámenes preoperatorios y administración de la anestesia durante una intervención quirúrgica ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio.

- Gastos de Fisioterapia como paciente hospitalizado o ambulatorio limitados a una visita por día (como lo muestra la Tabla de Beneficios); los gastos incluyen tratamiento y visitas al consultorio relacionadas con dicho tratamiento cuando sean prescritas por un Doctor, incluyendo diatermia, ultrasónico, hidromasaje o tratamientos de calor, ajustes, manipulación, masaje o cualquier forma de terapia física.
- Gastos de Ambulancia para el transporte del lugar de la emergencia al Hospital.
- Soportes o aparatos de Rehabilitación prescritos por un Doctor. Debe ser equipo médico durable que 1) sea principal y habitualmente utilizado para fines médicos; 2) pueda soportar un uso repetido; y 3) generalmente no sea útil para una persona en la ausencia de una Enfermedad. No se pagarán beneficios por cargos de rentas que excedan el precio de compra.
- Gastos de Renta de Equipo Médico para una silla de ruedas u otro equipo médico que tenga valor terapéutico para un Asegurado. No cubriremos computadoras, vehículos motorizados o modificaciones a un vehículo motorizado, rampas y costos de instalación, anteojos y ayudas auditivas.
- Servicios Médicos y Suministros: gastos por sangre y transfusiones sanguíneas; oxígeno y su administración.

Adicionalmente a las exclusiones notadas en la página 3, no pagaremos Beneficios de Gastos Médicos por Enfermedad por cualquier pérdida, tratamiento, servicios o suministros resultando de, o contribuidos por:

- Inmunizaciones, servicios y suministros relacionados con inmunizaciones.
- Acupuntura, alergia, incluyendo pruebas de alergia y alopecia.
- Verrugas no malignas, lunares, lesiones cutáneas y acné.
- Cuidado de callos y juanetes.
- Enfermedades por las cuales se pagan o son pagables beneficios bajo cualquier Ley o Reglamento de Compensación Laboral o Enfermedades Ocupacionales, o cualquier legislación similar.
- Resección Submucosa y/u otra corrección quirúrgica para tabique nasal desviado diferente al tratamiento requerido de sinusitis purulenta aguda.
- Anteojos, lentes de contacto, ayudas auditivas o prescripciones o exámenes relacionados. La Cirugía de queratotomía radial /Lasik no está cubierta.
- Aborto voluntario u optativo.
- Defectos natales congénitos.
- Tratamientos o cirugías optativas.
- Cuidado dental y exámenes físicos de rutina.

AVISO IMPORTANTE

Este plan proporciona beneficios para enfermedades en una base de corto plazo y con duración limitada. Este documento no constituye cobertura de un seguro de gastos médicos extenso (llamado también “seguro de gastos médicos mayores”) y no satisface la obligación individual de una persona de llenar el requisito de la cobertura esencial mínima bajo la Ley Affordable Care Act (ACA). Para más información sobre ACA, por favor referirse a www.HealthCare.gov.

Beneficio de Gastos Médicos Fuera del País
(Aplicable Únicamente para los Asegurados Clase 2)

Pagaremos los beneficios descritos abajo si se lesiona como resultado de un Accidente Cubierto o se enferma estando fuera de su País de Origen o País de Residencia Permanente, participando en la Actividad Cubierta (descrita arriba) que no exceda de 30 días.

Esta cobertura comenzará a su llegada a la sede de Summit Bechtel Reserve, incluyendo Ruby Welcome Center. Terminará en la primera de las siguientes fechas que ocurra: 1) La fecha en la que regrese a su País de Origen o País de Residencia Permanente; 2) La fecha en la que termine la Actividad Cubierta o usted haga una Deviación Personal. “Diviación Personal” significa: 1) Una actividad que no está razonablemente relacionada con el giro del Tenedor de la Póliza; y 2) No es incidental al propósito de la Actividad Cubierta.

Beneficios de Gastos Médicos – Pagaremos los Gastos Cubiertos que resulten directamente de un Accidente Cubierto o Enfermedad. Estos beneficios son pagables en la fecha que ocurra antes, ya sea cuando regrese a su País de Origen o País de Residencia Permanente, o 52 Semanas de la fecha de un Accidente Cubierto o Enfermedad en el caso en el que el primer Gasto Cubierto haya sido incurrido dentro de los 30 días después de la fecha del Accidente Cubierto o Enfermedad.

El Beneficio Máximo es de \$25,000 para todos los Accidentes Cubiertos y \$12,500 por Enfermedad, sujeto a un Deducible de \$0 por Accidente Cubierto o Enfermedad.

Los siguientes límites también aplican: El máximo para cargos por Alojamiento Hospitalario es la tarifa promedio de habitación semiprivada. El máximo para Alojamiento Hospitalario de Terapia Intensiva es dos veces la tarifa promedio de habitación semiprivada.

Los Beneficios de Gastos Médicos únicamente son pagables: 1) por 100% de los Gastos Usuales y Habituales incurridos después del Deducible, si lo hay, ha sido cubierto; 2) por aquellos Gastos Cubiertos Médicamente Necesarios en los que incurra la Persona Cubierta; y 3) por cargos incurridos por servicios que le fueron proporcionados al viajar fuera de su País de Origen o País de Residencia Permanente.

Beneficio de Urgencia en el País de Origen – Pagaremos beneficios por Gastos Médicos Cubiertos si continúa el tratamiento en su País de Origen de una Lesión o Enfermedad cubierta que fue tratada inicialmente durante la Actividad Cubierta. Estos beneficios están limitados a los beneficios que de otra forma serían pagables bajo el Beneficio de Gastos Médicos si estuviera fuera de su País de Origen. Los beneficios son pagables bajo esta Póliza

únicamente en la medida en que los Gastos Cubiertos no sean pagables bajo ningún otro plan de cuidado de la salud local. La cobertura comienza en la fecha de su llegada a su País de Origen. Termina en lo que ocurra después: 1) 30 días después de su regreso a su País de Origen, o 2) en la fecha en que salga de su País de Origen. Este beneficio es pagable únicamente una vez en cualquier Plazo de la Póliza. Esta cobertura terminará en la fecha más temprana en la que la suya terminaría o al final del Plazo de la Póliza. Para que este beneficio sea pagable, su cobertura debe permanecer continuamente en vigor y la prima requerida debe ser pagada.

Los pagos del Beneficio de Urgencia en el País de Origen están sujetos a \$0 de Deducible, Porcentaje de Coaseguro y el Beneficio Máximo mostrado arriba para los Beneficios de Gastos Médicos.

Adicionalmente a las exclusiones arriba mencionadas, no pagaremos beneficios por cualquier pérdida, tratamiento o servicios resultando de o contribuidos por:

- Exámenes y cuidados médicos de rutina de cualquier tipo.
- Cuidado y tratamiento dental de rutina.
- Cirugía plástica, excepto por cirugía reconstructiva necesaria como resultado de una Lesión.
- Cuidado de enfermería de rutina.
- Refracciones oculares o exámenes oculares con el propósito de prescribir lentes correctivos o para determinar la graduación de estos; gafas, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- Servicios, suministros o tratamiento incluyendo cualquier periodo de confinamiento hospitalario que no esté recomendado, aprobado y certificado como médicamente necesario y razonable por un Doctor, o gastos que no sean médicos por naturaleza.
- Tratamiento o servicio proporcionado por una enfermera privada.
- Tratamiento por cualquier Miembro de la Familia Inmediata o de la residencia del Asegurado.
- Gastos incurridos durante viajes vacacionales, o viajes con el propósito de buscar atención o tratamiento médico, o por cualquier otro viaje que no esté dentro del giro del Tenedor de la Póliza (a menos que las Deviaciones Personales estén específicamente cubiertas).
- Gastos Médicos cubiertos por los cuales la Persona Cubierta no sería responsable en ausencia de la Póliza.
- Cualquier gasto pagado o pagable bajo cualquier otro plan de seguro de grupo colectivo válido.
- Una lesión o enfermedad por la cual se pagan o son pagables beneficios bajo cualquier ley o reglamento de compensación laboral o enfermedades ocupacionales, o legislaciones similares, sean leyes estadounidenses o extranjeras.

Si determinamos que los beneficios pagados bajo el Plan Médico Fuera del País son beneficios elegibles bajo algún otro plan de beneficios, podemos buscar recuperar cualquier gasto cubierto por otro plan hasta el alcance total en que el Asegurado sea elegible para el reembolso.

AVISO IMPORTANTE

Esta póliza proporciona beneficios de seguro de viaje para aquellos individuos que estén viajando fuera de su país de origen. Esta póliza no constituye cobertura de un seguro de gastos médicos extenso (llamado también “seguro de gastos médicos mayores”) y no satisface la obligación individual de una persona de llenar el requisito de la cobertura esencial mínima bajo la Ley Affordable Care Act (ACA). Para más información sobre ACA, por favor referirse a www.HealthCare.gov.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No pagaremos beneficios de cualquier pérdida o Lesión que sea causada por, o resulte de:

- una Lesión intencionalmente autoinflingida (aplicable al Beneficio de Muerte Accidental y Desmembramiento únicamente).
- suicidio o intento de suicidio (aplicable al beneficio de muerte accidental y desmembramiento únicamente).
- guerra o cualquier acto de guerra, sea declarada o no (excepto como lo disponga la Póliza).
- un Accidente Cubierto que ocurra mientras se esté en servicio activo en el ejército, fuerzas aérea o naval de cualquier país u organismo internacional. Al recibir nosotros la prueba de dicho servicio, reembolsaremos cualquier prima pagada por este tiempo. El entrenamiento de deber activo en la Reserva o Guardia Nacional no está excluido a menos que se extienda más allá de 31 días.
- enfermedades, males, trastornos corporales o mentales, infecciones bacterianas o virales, o tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de éstos, excepto por cualquier infección bacteriana resultando de una cortada o herida accidental externa o ingestión accidental de alimentos contaminados.
- pilotaje o servir como miembro de la tripulación en cualquier aeronave (excepto como lo disponga la Póliza).
 - comisión de, o intento de comisión de, un delito.

Este seguro no aplica en la medida en que sanciones comerciales o económicas o regulaciones nos prohíban proporcionar seguros, incluyendo, pero no limitado a, el pago de reclamaciones.

DEFINICIONES

“**Accidente Cubierto**” significa un accidente que ocurre mientras la cobertura esté en vigor para usted y que resulte directa e independientemente de cualquier otra causa en una pérdida o Lesión cubierta por la Póliza por la que hay beneficios pagables. “**Persona Cubierta**” significa cualquier persona elegible para la cual se pague la prima requerida. “**Familia Inmediata**” significa el padre, abuelo, cónyuge, hijo o hermano de la Persona Cubierta. “**Lesión**” significa daño corporal accidental sufrido por usted por un Accidente Cubierto. La Lesión debe ser causada únicamente por medios externos, violentos y accidentales. Todas las lesiones sufridas por una persona en cualquier Accidente Cubierto, incluyendo todos los trastornos relacionados y síntomas recurrentes, son consideradas una sola Lesión. “**Emergencia Médica**” significa un estado causado por una Lesión o Enfermedad que se manifiesta con

síntomas de tal severidad que una persona común y corriente prudente poseyendo un conocimiento promedio de la salud y la medicina razonablemente pensaría que la falta de atención médica inmediata pondría en grave riesgo la salud de la persona. “**Enfermedad**” significa una enfermedad, trastorno o condición que causa una pérdida por la que usted incurre en gastos médicos mientras esté cubierto bajo esta Póliza. Todos los trastornos y síntomas recurrentes relacionados con la misma condición o similares serán considerados una Enfermedad.

Deberá proporcionar la notificación de una reclamación dentro de los 90 días a partir de un Accidente o Pérdida. Si no se puede dar aviso dentro de ese tiempo, debe darse tan pronto como sea razonablemente posible. Este aviso debe identificarlo a usted, al Tenedor de la Póliza y al Número de Póliza.

COMPAÑÍA DE SEGUROS: Esta póliza, (póliza #PTP N06568993) está suscrita por ACE American Insurance Company, 436 Walnut Street, Philadelphia, PA 19106

RECLAMACIONES: Para información sobre este programa, elegibilidad, beneficios, reclamaciones o cómo realizar el trámite de la reclamación por favor contactar al administrador, *Health Special Risk, Inc. (HSR)*, vía telefónica 800-328-1114; 972-512-5671; fax (972) 512-5820 o correo electrónico a bsa@hsri.com. **ENVÍE POR CORREO TODAS LAS RECLAMACIONES A HSR EN:**

Health Special Risk, Inc. 4100 Medical Parkway, Carrollton, TX 75007

Esta Descripción de Cobertura es una breve descripción de lo incluido en el plan del seguro. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de la cobertura están establecidos en la Póliza emitida a The Boy Scouts of America. La Póliza está sujeta a las leyes del estado en el que fue emitida. La cobertura podría no estar disponible en todos los estados o ciertos términos o condiciones podrían ser diferentes si así lo requiriera la ley estatal. Por favor conserve esta información como referencia.