

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD PARA EMERGENCIA

SÍRVASE LEER ESTA PÓLIZA DETENIDAMENTE

Este seguro está diseñado para cubrir pérdidas provenientes de circunstancias repentinas e imprevisibles. Existen determinadas limitaciones y exclusiones en esta cobertura, que contiene en forma enunciativa y no limitativa la exclusión de condiciones preexistentes, que se aplica a enfermedades, tratamientos, y/o síntomas preexistentes en condiciones no estables en los tres meses anteriores.

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

DIEZ DÍAS PARA EXAMINAR Tómese su tiempo para leer Su Póliza y revisar toda Su cobertura. Si tiene alguna pregunta puede ponerse en contacto con **guard.me**. Puede cancelar esta Póliza dentro de los 10 días de adquirirla y recibir el reembolso total si Usted no ha partido de Su País de Origen (o es canadiense y ya regresó a Canadá) y no existe reclamo pendiente.

DEFINICIONES

Cuando aparezcan en esta Póliza o modificación de la Póliza, los siguientes términos llevarán mayúsculas 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.

Beneficio Máximo significa la suma especificada como límite máximo de pago para cualquier beneficio particular, y se aplica a los servicios recibidos durante el Período de Cobertura. Independientemente del número de pólizas emitidas en un período de 365 días; los Beneficios Máximos no se renuevan para Períodos de Cobertura subsiguientes hasta que:

- hayan pasado 365 días desde la Fecha de Entrada en Vigencia de la póliza original contratada y en la fecha del aniversario todos los años siguientes; o
- La Fecha de Entrada en Vigencia de un nuevo Período de Cobertura es mayor a 365 días después de la fecha de vigencia del Período de Cobertura original de la primera póliza.

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

Dispositivo Correctivo se refiere a un dispositivo que Usted requiera por consejo de un Médico para corregir una discapacidad física debilitante y sin el cual Usted estaría físicamente imposibilitado para continuar con Sus estudios o Sus responsabilidades como docente en la institución educativa donde esté inscripto o dé clases. Los "Dispositivos Correctivos" incluyen prótesis de miembros, sillas de ruedas, perros lazarillos y audífonos, pero NO incluyen las gafas.

Cobertura significa los beneficios de emergencia que se describen en esta Póliza. La Cobertura tiene validez en todo el mundo; sin embargo, la Cobertura en el País de Residencia es limitada; para más información consulte **Excursión o Cobertura en el País de Origen - Canadienses** (ver Beneficios), y a la Exclusión N.º 6.

Período de Cobertura significa el período de tiempo durante el cual se le garantizan las prestaciones previstas en esta Póliza, es desde las 00.01 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 Residencia por cualquier razón que no sea por **Excursión o Cobertura en el País de Residencia - Canadienses** (ver Beneficios), la cobertura deja de tener vigencia en la fecha en que Usted Regresa a Su País de Residencia. 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) la fecha en que Usted sale de Su País de Origen, o (d) para los Canadienses que regresan, la fecha en que Usted regresa a Canadá.

Elegible significa una persona menor de 65 años de edad que viaja fuera de su País de Residencia (o un canadiense que vuelve a Canadá) como estudiante, miembro del personal docente, profesor, acompañante, o participante en intercambios educativos/de negocios/culturales, junto con el/la esposo/a, padres y dependientes mayores de 15 días de edad y menores 19 años del Asegurado.

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 Residencia significa el país donde el Asegurado reside en forma permanente.

Hospital significa un centro cuyo principal cometido es tratar 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 registradas o diplomadas, tiene un cuerpo médico compuesto por uno o más Médicos disponibles 24 horas al día, dispone de instalaciones equipadas para efectuar diagnósticos y procedimientos quirúrgicos, cuenta con equipamiento para radiografías y quirófanos, su función principal no

es la de ser un consultorio, ni una residencia de cuidados para personas con una discapacidad, ni un hogar de reposo o de convalecencia o establecimiento similar y no es, salvo de manera circunstancial, un centro para el tratamiento del alcoholismo o consumo de drogas.

Entrante significa un Asegurado Elegible cuyo País de Residencia no es Canadá y que está residiendo en Canadá en forma temporal. 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 que envía una solicitud y el pago correspondiente de la misma, y recibe una confirmación de Nuestro Administrador de Planes en forma de documento de confirmación o tarjeta de identificación válida.

Asegurador, Nosotros, Nuestro significa Old Republic Insurance Company of Canada.

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 como 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.

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 remisión médica.

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 cobran por 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 tiene lugar por primera vez mientras este seguro está vigente, y es lo suficientemente grave para que Usted requiera Tratamiento Médico de Emergencia.

Fecha de Terminación 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 Residencia por cualquier razón distinta de la que se define en **Excursión o Cobertura en el País de Residencia - Canadienses** (ver Beneficios), la cobertura deja de tener vigencia en la fecha en que Usted Regresa al País de Origen.

ACUERDO DE SEGURO

Si un Asegurado Elegible sufre una Lesión o Enfermedad de Emergencia durante el Período de Cobertura, pagaremos los beneficios establecidos en esta Póliza, con sujeción a todos los términos, condiciones, limitaciones, salvedades y demás disposiciones, correspondientes a los Gastos Razonables y Habituales en que se incurra, hasta cubrir: el Beneficio Máximo para ese beneficio en particular, o el máximo de la Póliza, que asciende a \$2.000.000. Todos los Máximos por Prestación contenidos en esta póliza son por Asegurados durante el Período de la Cobertura contratada a menos que se especifique de otra forma y se expresen 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.

BENEFICIOS

Los beneficios descritos en esta Póliza no están sujetos a franquicias deducibles. El pago de los beneficios se basa en los cargos Razonables y Habituales por los servicios que se suministran durante el periodo de la cobertura hasta el Máximo por Prestación ofrecidos a menos que se indique lo contrario. Su seguro cubre beneficios totales hasta \$2.000.000, accediendo así a los siguientes servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar una nueva afección médica de emergencia elegible que aparece 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 consideren razonables hasta tanto se resuelva la emergencia inicial y se establezca la afección.

Servicios Hospitalarios • Los montos cobrados / Facturados por un Hospital por habitación semiprivada 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; cuarto privado cuando es exigido por el médico y aprobado por el Administrador de Sinistros; *en el caso de Hospitalización Excepcional, 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 Reclamos**, salvo en el caso que una demora ponga en riesgo la vida.

Honorarios Médicos • Todos los cargos impuestos/cobrados/Facturados por un Médico en concepto de servicios profesionales o Tratamiento Médico.

Honorarios psiquiátricos • Cuando se devenguen por la hospitalización después de una emergencia, los honorarios facturados en forma separada por los servicios de un psiquiatra se pagarán hasta un máximo de \$10,000 de por vida. *Para atención psiquiátrica ambulatoria, consulte Psicoterapia más abajo.*

Prestación de Hospitalización Excepcional • Si Usted es ingresado en un hospital por suicidio, intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, trastornos mentales o emocionales (incluidos a título enunciativo estrés, ansiedad, ataques de pánico, depresión, trastornos alimentarios y problemas de peso), o por tratamiento psiquiátrico, le pagaremos hasta \$50,000 en total de por vida por el tratamiento médico y/o psiquiátrico que reciba mientras se encuentre en el Hospital como consecuencia de una o más de estas causas.

Psicoterapia • Hasta \$1.000 Del Máximo por Prestación por cargos por concepto de cuidado en consultorios externos, incluido el asesoramiento psiquiátrico y psicológico.

Radiografías, Análisis de Laboratorio y Evaluaciones Diagnósticas • Los cargos por servicios técnicos y de interpretación. *Se requiere aprobación previa por escrito del Administrador de Sinistros para las principales evaluaciones diagnósticas, incluidas, sin carácter limitativo, imágenes por resonancia magnética (RMI) y la tomografía axial computarizada (TAC).*

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 de Enfermería Privado • Hasta \$15.000 Del Máximo de Beneficios por los servicios de una Enfermera Titulada, Ayudante de Enfermera Titulado 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 prescriba el Médico tratante.

Fisioterapia y Fonoaudiología • Hasta \$1.000 Del Máximo de Beneficios por cargos efectuados por un fisioterapeuta o fonoaudiólogo *salvo que* tales servicios se brinden mientras el paciente este internado en un Hospital.

Equipamientos y Suministros Médicos • *Corresponde su pago únicamente si son requeridos como resultado de una Enfermedad o Lesión cubierta por la póliza.* 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. Hasta \$200 del Máximo de Beneficio para lentes de corrección o lentes de contacto, hasta \$300 del Máximo de Beneficio para audífonos. Hasta \$300 del Máximo de Beneficio para ortótica a la medida, o hasta \$800 del Máximo de Beneficio para rodilleras.

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

Atención Odontológica por Accidente • Hasta \$4.000 del Máximo de Beneficios 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 del Máximo de Beneficios para arreglos de emergencia de dientes postizos, incluidos puentes y dentaduras postizas. El tratamiento debe realizarse dentro de un periodo de 90 días desde el Accidente. Los gastos en que se incurra debido a Accidentes por masticación o Lesión ocasionada por colocar un objeto en boca no están cubiertos.

Atención Odontológica de Emergencia • (a) Hasta \$100 Del máximo de Beneficios por diente para extraer muelas del juicio impactadas, 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, incluyendo endodoncias y muelas del juicio.

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

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 hasta un máximo de \$25.000. Dentro de complicaciones graves no se incluyen las afecciones normales del embarazo entre otras, sin carácter limitativo, náuseas, sangrado vaginal, 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 del Máximo por Prestación por una consulta Médica en Canadá para que se realice un examen sin carácter de emergencia y los análisis afines y para una sesión de consulta y prescripción de "anticonceptivos de emergencia".

Exámenes de la Vista • *Cuando se ha adquirido una cobertura mínima de 6 meses consecutivos*, pagaremos hasta un total de \$100 Del Máximo de Beneficios por un examen de la vista, sin carácter de emergencia, realizado en Canadá por un Optometrista titulado. *Nota: NO se cubre el costo de los lentes o lentes de contacto.*

Excursión • Se cubre el viaje fuera de la provincia donde reside en Canadá (a un lugar distinto a su País de Residencia), sujeto a las siguientes condiciones (a) se debe permanecer más del 50% del periodo de la cobertura contratada en Canadá y (b) el desplazamiento a los Estados Unidos está limitado a 30 días por viaje. *No se pagarán los gastos cuando se incurran en Su País de Origen, excepto cuando el viaje al País de Residencia se realiza expresamente con el fin de participar en un evento deportivo o extracurricular organizado por la escuela, o cuando se presenta un reclamo de conformidad con la prestación de Cobertura en el País de residencia - 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 desponga del servicio de cuidado de salud provincial.

AccessAbility – Defecto en el Dispositivo Correctivo, Mal Funcionamiento y Protección contra Hurto • Si, mientras esta póliza está vigente, roban un Dispositivo Correctivo que Usted necesita y no se puede recuperar, o dicho Dispositivo funciona mal o presenta un defecto que se manifiesta durante el periodo de cobertura de esta Póliza, y por esa razón, el Dispositivo Correctivo que necesita no se puede utilizar, pagaremos hasta \$1.000 Del Máximo de Beneficios para reemplazarlo o repararlo. No cubrimos los defectos o el mal funcionamiento, que cuentan con garantía del fabricante.

Asesoramiento Psicológico en caso de Trauma • Si un Asegurado sufre una pérdida cubierta según el listado de la Lista 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 la siguiente Lista de Pérdidas hasta un máximo de \$50.000. Si las declaraciones de reclamos 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 **guard.me**. Las prestaciones se pagan al Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, las prestaciones se pagan al beneficiario fijado por el Asegurado. Si el Asegurado no ha designado beneficiario de otro modo, las prestaciones se pagan al primer beneficiario sobreviviente de acuerdo con el siguiente orden de preferencia:

1. el cónyuge del Asegurado;
2. el o los hijos del Asegurado conjuntamente;
3. los padres del Asegurado conjuntamente si ambos viven o el padre supérstite;
4. los hermanos y hermanas del Asegurado conjuntamente; o
5. la sucesión del Asegurado.

Lista 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 irreversible.

DESAPARICIÓN - Si un Asegurado desaparece y después de un periodo 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 los beneficios de acuerdo con la Lista de Pérdidas antes detallada.

TRANSPORTE PÚBLICO - En caso de que se produzca el fallecimiento del Asegurado debido a una lesión causada mientras viaja como pasajero con billete pagado en (a) cualquier forma de transporte público, o (b) en un vuelo programado en avión o helicóptero, la prestación aumenta a \$100.000.

Los siguientes beneficios con la aprobación previa del Administrador de Reclamos. El monto máximo que corresponde pagar por los siguientes beneficios de Transporte no puede exceder \$300.000 en total por Periodo 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:

- a) 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
- b) 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 \$5.000 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 para estar con Usted en el hospital. También pagaremos hasta \$1.500 por alojamiento comercial y comidas por un periodo máximo de 10 días para estas dos personas. El Médico tratante debe certificar que la situación es lo suficientemente grave para justificar la visita. Presente todas las facturas y recibos al Administrador de Sinistros.

PRESTACIONES (Cont.)

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 Residencia en un contenedor para transporte estándar, o bien (b) hasta \$5.000 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.

EXCLUSIONES

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

- una afección preexistente que significa enfermedad, lesión u otra afección de la que había signos o síntomas, y/o requiera consulta o reconocimiento médico, 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. Nota: La siguiente enumeración no constituye tratamiento médico a los fines de esta exclusión sobre afecciones preexistentes:
 - el uso constante de medicación, en el sentido de que ningún Médico u otro Profesional de la Salud ha prescrito cambios en la medicación, dosis o uso;
 - 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;
- 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 congénitos 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 Residencia (*salvo según lo dispuesto en las prestaciones Visita Anual al Médico, Exámenes de la Vista*);
- todo tratamiento continuo de una Lesión o Enfermedad si el Administrador de Reclamos ha solicitado que el Asegurado regrese a su País de Residencia 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 luego regresa a Canadá 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;
- medicación comúnmente disponible sin receta médica (incluyendo pero no limitado a medicamentos de venta libre como el acetaminofen ni remedios para el resfriado/alergia); medicamentos para la fertilidad; anticonceptivos; medicamentos para la disfunción eréctil; medicamentos para evitar la caída del cabello; medicamentos para dejar de fumar; vacunas, inmunizaciones o inyecciones; preparaciones o suplementos vitamínicos; o medicación recibida como prevención o para mantenimiento;
- 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 Dispositivos Correctivos*);
- todo gasto en que se incurra 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 se produjo o fue tratada, o enfermedad que se inició o fue diagnosticada o tratada en Su País de Origen durante el Período de Cobertura;
- embarazo normal; parto normal; aborto no terapéutico;
- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado con el Sida (CRS);
- suicidio, intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, trastornos mentales o emocionales (*incluidos a título enunciativo estrés, ansiedad, ataques de pánico, depresión, trastornos alimentarios y problemas de peso*), o tratamiento psiquiátrico, excepto lo que se describe en el Beneficio de hospitalización excepcional, el Beneficio de honorarios psiquiátricos o el Beneficio de psicoterapia.
- toda acción afectada o bajo la influencia adversa de medicación, fármacos, alcohol o estupefacientes; toda declaración de siniestro médico relacionada con el uso o uso indebido de fármacos o alcohol;
- participación en actividades profesionales deportivas o de riesgo, tales como competiciones motorizadas de velocidad, paracaidismo, salto libre en paracaídas, aladeltismo, espeleología, montañismo, subida a rocas o acantilados, o buceo;
- 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 participa en carreras o carreras todo terreno, salvo que no existan caminos en el área en cuestión;
- lesión o enfermedad causada mientras está entrenando o prestando servicios de cualquier carácter como miembro de las fuerzas armadas o mientras participa en forma activa en cualquier conflicto bélico, 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 en que se incurra que surja de tal incidente será cubierto.
- cargos por intereses, financiamiento o mora;
- lesión o enfermedad cubierta conforme a cualquier otra forma de seguro, indemnidad o plan o que es responsabilidad de terceros;
- 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;
- 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.
- todo gasto en que se incurra porque el Asegurado no ha aceptado o seguido el consejo, tratamiento o tratamiento recomendado de un Médico.

LIMITACIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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 Siniestros lo declara 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 ni el Administrador de Siniestros 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 le 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 actuales en la fecha en que solicita la cobertura, de acuerdo con Su edad en la Fecha de Entrada en Vigencia. Nos reservamos el derecho de 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 induzcan 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 de indemnización al seguro 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.

Derecho Aplicable. Esta Póliza se rige por las leyes de la provincia de Ontario, Canadá, donde ha sido emitida. 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 de Ontario, Canadá, donde se ha expedido esta Póliza y debe iniciarse dentro de 2 años de la fecha en que se produjeron los hechos que justifican la acción. No obstante cualquier otra disposición incluida en la presente Póliza, la presente Póliza está sujeta a las condiciones reglamentarias de la Ley de seguros respecto de los contratos de seguro por accidente y enfermedad.

Pagos de Prestaciones. Todas las prestaciones se pagan a Usted excepto que Usted ceda Su derecho al pago directamente al proveedor de servicios u otro cesionario. En caso de que Usted fallezca, todas las prestaciones se pagan al beneficiario fijado por el Asegurado. Si el Asegurado no ha designado beneficiario de otro modo, las prestaciones se pagan al primer beneficiario sobreviviente de acuerdo con el siguiente orden de preferencia:

- el cónyuge del Asegurado;
- el o los hijos del Asegurado conjuntamente;
- los padres del Asegurado conjuntamente si ambos viven o el padre supérstite;
- los hermanos y hermanas del Asegurado conjuntamente; o
- la sucesión del Asegurado.

Los pagos de prestaciones no estipulan el pago de ningún tipo de interés. La presente Póliza contiene una cláusula que puede limitar la suma pagadera.

Moneda. Todos los montos en concepto de primas, Beneficios Máximos 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 Reclamos. A nuestra opción, podemos pagar una indemnización por prestaciones en la moneda del lugar donde tuvo lugar el siniestro.

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 o 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 brinde una 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 elegibles en que se haya incurrido.

Derechos de la Compañía y el Demandante. Cuando adquiere esta Póliza, acepta proporcionar a la Compañía el acceso a todos los registros de información pertinentes acerca de usted provenientes de un Médico, dentista, profesional médico licenciado, Hospital, clínica, asegurador, individuo, institución u otro proveedor de servicios, para determinar la validez de cualquier reclamo presentado por Usted o en Su Nombre.

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 del Asegurado cooperará, 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

CONDICIONES GENERALES (Cont.)

administrativo de \$25, siempre que no se hubiere realizado o pagado, o se encontrare pendiente de pago alguna indemnización. Existe un período de espera para todos los reintegros.

Reintegros. Además de los diez días para examinar, los reintegros se calculan prorrateados desde la fecha que aparezca en el sello de correos al enviar 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. Esta póliza no es transferible.

Terminación por parte el Asegurado. (1) El Asegurado puede terminar 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 terceros o agente, se podrá notificar a dicha parte o agente por correo, fax o correo electrónico. (3) Cuando se curse 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 reclamo a quien se hubiere realizado dicho pago. Si un pago se efectúa conforme a esta Póliza, entonces tenemos el derecho de iniciar acciones en Su nombre contra terceros responsables por originar un reclamo 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 Usted cooperará totalmente con Nosotros o Nuestros representantes designados, acordando firmar, celebrar y/u presentar los documentos que sean necesarios para iniciar acciones contra los terceros responsables.

Extensiones de la Póliza. El Período de Cobertura máximo disponible conforme a esta Póliza, incluidas las extensiones, es de 365 días consecutivos desde la Fecha de Entrada en Vigencia. Todo pedido de extensión 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 el Asegurado tienen el derecho de rechazar tal extensión. Si se ha recibido algún reclamo del Asegurado, se puede otorgar una extensión excluyendo la afección reclamada.

Continuación Automática de la Cobertura. Si inevitablemente el Asegurado se demora por una razón que le es totalmente ajena, 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 Excepcional) 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 del Reclamo. El Asegurado, o un beneficiario con derecho a formular una declaración de siniestro, o el representante de cualquiera de ellos, (a) cursará notificación por escrito de la declaración, incluyendo un Formulario de Reclamo completo y los originales de todas las facturas, al Administrador de Reclamaciones o al Administrador del Plan, que actúa en representación del Asegurado mediante entrega o envío por correo, a más tardar dentro de los 30 días de la fecha en que surge una declaración de daños 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 declaración de daños 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 el reclamo al seguro conforme al contrato. Esta referencia a "discapacidad" se refiere a las prestaciones que corresponde pagar conforme al beneficio de Muerte Accidental y Desmembramiento.

Falta de Notificación o Evidencias. La falta de notificación de reclamo al seguro o entrega de evidencias correspondientes dentro del tiempo arriba prescrito no invalida la declaración 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 un reclamo al seguro 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.

El Administrador del Plan debe suministrar Formularios de Reclamo. Los Formularios de Reclamo se entregan

con cada Tarjeta de Identificación emitida, y también se proveen en todas las escuelas y organizaciones. Cuando se requiere un Formulario de Reclamo, el Administrador del Plan proveerá uno al Asegurado, por fax, correo o correo electrónico. También se puede acceder a los Formularios de Reclamo en nuestro sitio Web: www.guard.me.

Derecho a Examen. Como condición precedente para recuperar el dinero del seguro conforme a este contrato, (a) el reclamante dará una oportunidad al Asegurado para examinar al Asegurado en la fecha y con la periodicidad que sea necesario en la medida razonable durante el tiempo en que la indemnización se encuentre pendiente. El médico y lugar donde se realizará dicho examen quedan a criterio del Asegurado. 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, el Asegurado puede requerir una autopsia, sujeto a las leyes en materia de autopsias que rigen en la jurisdicción correspondiente.

Incumplimiento 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 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 el Asegurado dentro de los 90 días de haber recibido las evidencias del reclamo al seguro que son aceptables.

Limitación a las Acciones Judiciales. No se podrá iniciar acción o procedimiento judicial contra el Asegurado para la recuperación de una indemnización conforme a este contrato una vez transcurridos más de dos años de la fecha en que está disponible el dinero del seguro o de la que hubiera estado disponible para el pago si hubiera sido un siniestro válido.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR INDEMNIZACIONES

1. **Debe llamar al Número de Asistencia para Emergencias** que aparece más adelante **ANTES de ingresar en el Hospital como paciente internado y para obtener la aprobación previa por escrito ANTES de incurrir en gastos respecto a las siguientes prestaciones:**

- Exámenes de diagnóstico
- Cirugía
- Transporte Familiar
- Odontología
- Evacuación Aérea
- Repatriación/Entierro

2. Presente Su Tarjeta de Identificación de **guard.me** a los proveedores de servicios médicos.

3. Complete un formulario de reclamo 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 declaración en blanco para utilizar en el futuro u obtener formularios a través de Su organización o de nuestro sitio en Internet en www.guard.me.

4. Dentro de un período de 30 días desde el primer gasto médico, entre en www.guard.me para enviar su declaración electrónicamente o **ENVÍELA POR CORREO:**

- El formulario de reclamo completo
- Las facturas/recibos detallados **originales**
- Incluya los informes médicos, los informes del departamento de urgencias, historial e informes clínicos y físicos, quirúrgicos y de laboratorio, las radiografías y el informe de alta, a la siguiente dirección:

Guard.me Claims
80 Allstate PKWY, 3rd Floor
Markham, Ontario L3R 6H3

Recuerde guardar una copia para Sus archivos.

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

No nos responsabilizaremos por ningún reclamo presentado una vez transcurrido más de un año de la fecha en que ocurrió el siniestro.

Los reclamos no se podrán evaluar a menos que el reclamante hubiere completado en su totalidad y firmado el formulario de declaración y lo 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:
Old Republic Insurance Company of Canada
100 King Street West, 11th Floor
Hamilton, Ontario CANADA L8N 3K9

AVISO DE PRIVACIDAD/PROTECCIÓN DE DATOS

La Empresa y nuestro Administrador del Plan (colectivamente «Nosotros» «Nuestro» en este apartado de privacidad) estamos comprometidos con la protección de Su privacidad. Cuando Usted adquirió Su Póliza, dio Su consentimiento para que Nosotros recabáramos y procesáramos Su información personal de acuerdo con este aviso de Privacidad/protección de datos. La información proporcionada se utilizará solamente para determinar Su elegibilidad para recibir cobertura conforme a esta Póliza, para evaluar los riesgos del seguro, gestionar y arbitrar reclamaciones, así como negociar o establecer pagos a terceros. Esta información también se compartirá con terceros, como otras empresas de seguros, organizaciones de salud y planes gubernamentales de seguro médico para arbitrar y procesar toda reclamación. Recabamos Su información personal y la procesamos conforme a la legislación pertinente sobre Privacidad y Protección de datos. Tomamos todas las medidas posibles para que Su información personal siga siendo precisa, confidencial y segura. Si Usted tiene preguntas sobre la Política de privacidad de la Empresa, póngase en contacto con nuestro Responsable de privacidad mediante el número +1 905-523-5587 o por correo electrónico a: privacy@oldrepublic-group.com.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA

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

- dentro de las 24 horas de ingresar en el Hospital, o de estar incapacitado, lo antes posible en la medida razonable;
- para obtener cualquier prestación para la cual se requiere aprobación previa;
- en el caso de cualquier Excurción, antes de incurrir en CUALQUIER TIPO de gastos médicos.

La no notificación al Administrador de Siniestros según lo requerido limitará Nuestra responsabilidad al 90% de los gastos elegibles incurridos.