

PORQUE USTED NECESITA ESTA POLIZA

Aunque los Estados Unidos ofrece el cuidado medico más exhaustivo disponible, muchas veces es muy complicado igual que muy caro. Para el visitante o el inmigrante reciente a los Estados Unidos, la ubicación de una póliza que sea fácil de comprender y de precio aceptable muchas veces es difícil.

Como solución, Inbound Immigrant fue diseñado para proveer un plan sencillo a visitantes e inmigrantes que proveerá hasta 5 años de protección.

Esta es una breve descripción del plan Inbound Immigrant. Una descripción más detallada está resumida en el certificado original.

ELEGIBILIDAD

Este plan es disponible a los que no tienen ciudadanía estadounidense quienes vienen a los Estados Unidos por razones de negocio, recreo, los estudios o para inmigrar. Este plan deberá iniciarse dentro de los primeros 24 meses después de su llegada a los Estados Unidos.

PLAZO DE COBERTURA

Inicialmente usted puede suscribirse en Inbound Immigrant desde 1 a 12 meses. Inicialmente debe suscribirse al plan Inbound Immigrant por un periodo mínimo de 3 meses para mantener la opción de renovación de la cobertura, a la prima vigente para el periodo de renovación. . El periodo total de la cobertura para el plan Inbound Immigrant no debe exceder de los 24 meses, y no podrá suscribirse de nuevo bajo este mismo plan.

Fecha Efectiva - La cobertura individual comenzará a ser efectiva en la última de las siguientes fechas:

1. La partida de su país de origen o
2. La fecha en la cual la aplicación y prima aprobada son recibidas por SRI o
3. La fecha que usted indica en la solicitud.

Fecha de Vencimiento - Su cobertura terminará en la fecha siguiente:

1. La fecha señalada en la tarjeta de confirmación del seguro, por la cual se ha pagado o
2. La fecha en que usted vuelva a su país de origen o
3. 60 meses después de la fecha efectiva de su póliza o
4. El día en que el suscriptor se convierte en ciudadano estadounidense o
5. La fecha de entrada al servicio military activo

En cada renovación, las primas, beneficios y el plan en general son sujetos al cambio.

RENOVACION: El plan Inbound Immigrant inicialmente debe ser comprado por un plazo mínimo de tres meses. Un mes antes de la fecha de vencimiento, SRI enviará una notificación de la renovación a la dirección postal de correspondencia que figura en la solicitud. Entonces la cobertura puede ser renovada por un plazo de tiempo, dependiendo de su necesidad específica. Si usted renueva la cobertura por tres meses o más (hasta 12 meses a la vez), SRI continuará enviándole notificaciones para la renovación de la póliza. Si Ud. renueva la cobertura por solo 1 o 2 meses, SRI supondrá que Ud. ya no requiere de la cobertura y no le enviara mas notificaciones de renovación. Para reiterar, el plan Inbound Immigrant no puede exceder de los 60 meses de cobertura. En adición, la compañía puede modificar los aspectos del plan, incluyendo las primas, en cualquier fecha de renovación.

LISTADO DE BENEFICIOS

Cuando su herida o enfermedad cubierta requiere tratamiento por un medico, este plan proveerá los beneficios U & C (a un precio estándar y razonable) que se detallan abajo después del pago del deducible individual (ya \$75 o \$150, o un deducible de \$250 por la edad de 70 y arriba) para cada herida y cada enfermedad y las cuales se incurran dentro de las 52 semanas después de la herida o enfermedad (dentro de 32 semanas para aquellos asegurados de edad 70 y más). El pago de cualquier servicio cubierto se limitará al monto representado aquí. El total pagable no excederá de \$50,000 o \$100,000 para cada herida y cada enfermedad.

Para personas de 70 años y más, el límite máximo de beneficio es \$50,000. El plazo dentro del cual los gastos deberán incurrirse es antes de la 32 semanas después de la herida o enfermedad, y una lista separada de beneficios se aplicará.

Limitaciones de beneficios para gastos cubiertos de herida y enfermedades

	Entre edades de 14 días y 69 años	Entre edades de 14 días y 69 años	Edades 70 años y arriba
Hospitalización	\$50,000 máximo por herida/enfermedad	\$100,000 máximo por herida/enfermedad	\$50,000 máximo por herida/enfermedad
Habitación, incluyendo gastos menores	\$1275/día, 30 días máximo	\$1750 por día, 30 días máximo	\$950/día, 30 días máximo
Cuidados Intensivos	\$525/día adicionales, máximo de 8 días	\$750/día adicionales, máximo de 8 días	\$425/día adicionales, máximo de 8 días
Cirugía	\$3000	\$5000	\$2500
Anestesia	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico
Cirujano asistente	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico
Consulta no quirúrgica	\$50/consulta, 1/día, 30 consultas	\$75/consulta, 1/día, 30 consultas	\$50/consulta, 1/día, 30 consultas
Médico consultor, cuando la pida el doctor original	\$400	\$450	\$350
Exámenes de pre-admisión dentro de 7 días antes de hospitalización	\$1000	\$1000	\$700
Enfermero privado	\$500	\$500	\$500
Gastos Ambulatorios			
Tratamiento quirúrgico	\$3,000	\$5000	\$2,500
Anestesia	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico
Cirujano asistente	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico	25% del beneficio quirúrgico
Consulta no quirúrgica	\$50/consulta, 1/día, 10 consultas	\$75/consulta, 1/día, 10 consultas	\$50/consulta, 1/día, 10 consultas
Exámenes de Rayos X y servicio de laboratorio	\$400	\$450	\$350
	\$250 1 examen de CAT,PET o MRI	\$750 1 examen de CAT,PET o MRI	\$250 1 examen de CAT,PET o MRI
Sala de emergencia	75% de precio razonable hasta \$300	75% de precio razonable hasta \$500	75% de precio razonable hasta \$250
Medicamentos recetados	\$100	\$150	\$80
Cirujía ambulatoria y todo costo relacionado con cirujías ambulatorias administradas en un hospital o centro ambulatorio de cirugía, incluyendo el costo de la sala de operación, anestesia, medicamentos y suministros médicos	\$900	\$1000	\$800
Otros			
Servicio de ambulancia	\$400	\$400	\$400
Prostetis ortopédico inicial/aparatos	\$1000	\$1200	\$800
Quimoterapia y/o terapia de radiación	\$1000	\$1250	\$800
Tratamiento dental para dientes naturales	\$500	\$500	\$500
Enfermedades psiquiátricas y abuso de estupefacientes	Same as any Sickness	Same as any Sickness	Same as any Sickness
Maternidad (la concepción debe ocurrir después de los primeros 90 días de cobertura)	\$2,500 max	\$2,500 max	N/A

Fisioterapia	\$35/consulta, 1/día, 12 consultas	\$35/consulta, 1/día, 12 consultas
Evacuación médica	\$10,000	\$10,000
Traslado de restos	\$7,500	\$7,500
Monto principal para muerte accidental y desmembramiento	\$25,000 transportista principal	\$25,000 transportista principal

\$35/consulta, 1/día, 12 consultas
\$10,000
\$7,500
\$25,000 transportista principal

Al cumplir la edad de 70 años aunque durante una póliza vigente, se comenzarán los beneficios de las personas de esta edad en el día que el/la asegurado/a cumpla los 70 años

Evacuación Médica De Emergencia:

Si usted o cualquier dependiente cubierto bajo esta póliza desarrollan una enfermedad o sufre alguna lesión y es necesario evacuarlo de emergencia hacia la instalación médica más cercana para recibir tratamiento adecuado o a su país de residencia, todos los gastos en los cuales se incurra serán cubiertos por esta póliza hasta un máximo de US\$10.000. La evacuación debe ser ordenada por nuestra compañía de asistencia en conjunto con el médico tratante del asegurado, quienes certifiquen que la severidad de la herida o enfermedad amerite tal evacuación médica de emergencia, y se tendrá que concordar su representante.

Gastos De Repatriación de Restos Mortales

Si una herida o enfermedad que comience durante el periodo de cobertura resulta en la muerte, todos los gastos razonables incurridos para la preparación y devolución de los restos al País de Residencia se cubren hasta un máximo de \$7,500 mientras todos los arreglos sean coordinados por la compañía de asistencia.

Muerte y Desmembramiento Acidental Transportista Principal

La Muerte y Desmembramiento Acidental aplicarán a los accidentes cubiertos sostenidos por un/a asegurado/a mientras viaja como pasajero en tierra, agua o aire dentro o fuera de cualquier transporte operando con licencia de transporte de pasajeros clientes. Una pérdida debe ocurrir dentro de los 365 días después de la fecha del accidente que causó la pérdida:

Por pérdida de:	Indemnización
Vida	Monto principal
Ambos miembros o la vista de dos ojos	Monto principal
Una mano y un pie	Monto principal
Una mano o un pie y la vista de un ojo.....	Monto principal
Una mano o un pie.....	50% del monto principal
La vista de un ojo.....	50% del monto principal

DEFINICIONES

El término **“Lesión”** se refiere a: lesiones corporales: (1) directamente y independientemente causadas por un accidente específico el cual no esté relacionado a cualquier desorden patológico, funcional o estructural de lesión, (2) tratada por un médico dentro de los primeros 30 días después de la fecha del accidente; y (3) la cual cause una pérdida durante el plazo de la póliza.

El término **“Enfermedad”** se refiere a una enfermedad de la persona asegurada la cual cause una pérdida y que se origine mientras la persona asegurada esta cubierta bajo la póliza. Todas las condiciones relacionadas y síntomas recurrentes de la misma o de otra condición similar se considerarán una enfermedad.

El término **“Condición Pre-existente”** se refiere a (1) la existencia de síntomas dentro de los 6 meses (o 12 meses para personas de 70 años para arriba) inmediatamente previo a la fecha efectiva de la póliza del asegurado, (2) cualquier condición que se origine, que es diagnosticada, tratada o por la cual se recomienda tratamiento dentro de los 6 meses (o 12 meses para personas mayores de 70 años) inmediatamente previo a la fecha efectiva de la póliza del asegurado; o (3) condiciones congénitas.

El término **“Normales y Razonables”** se refiere a la cantidad máxima que la Compañía determina como beneficios por gastos cubiertos normales y razonables, que la persona recibe y que no exceden los cargos realmente facturados. La Compañía para la determinación considerará; 1) Cantidad cobrada por otro proveedor por el mismo o similar servicio; 2) El monto cobrado a otros pacientes dentro del mismo área del suscriptor de la póliza. Ningún pago se administrará bajo la póliza por gastos incurridos los cuales según el juicio de la compañía estén en exceso de los cargos normales y razonables.

EXCLUSIONES

Ningún beneficio se pagará por una pérdida o gasto causado por, contribuido por, o que resulte de:

1. Condiciones pre-existent;
2. Cualquier pérdida que ocurra mientras uno viaja con la solo intención de obtener tratamiento medico mientras tenga su nombre en una lista de espera para un tratamiento específico, o mientras viaje contra la voluntad de un medico;
3. Gastos incurridos dentro del país de origen o el país de residencia;

4. Exámenes físicos u otros rutinarios cuando no existe ninguna indicación objetiva de que no se goza de buena salud; o exámenes para niños;
5. Exámenes oculares; recetas para o consultas relacionadas a los anteojos y lentes de contacto; o otros tratamientos para defectos visuals y problemas. "Defectos visuales: se refiere a cualquier defecto del ojo el cual pueda dañar la vision normal;
6. Exámenes de oído o audífonos; o otro tratamiento para defectos y problemas del oído. "Defectos del oído: se refiere acualquier defecto del oído el cual pueda dañar el oído normal:
7. Gastos por cuidados dentales, con excepción a cuando resulte de una lesión a los dientes naturales como se indica en la Lista de Beneficios:
8. Servicios o suministros médicos realizados o proveídos por un familiar del asegurado;
9. Servicios o sumunistros no necesarios para el cuidado medico de la lesion o enfermedad;
10. Pies débiles, torcidos o planos, callos, o uñas de pie;
11. Cirugía cosmética, o tratamiento para anomalías congénitas (excepto cuando se provee específicamente), con excepción a aquella realizada como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza. La corrección de la desviación nasal se considera como cirujía cosmética a menos que resulte de un herida o lesión cubierta bajo esta póliza;
12. Cirugía optativa y tratamiento optativo excepto;
13. Procedimientos quirúrgicos o diagnósticos en conección a la esterilidad a menos que sea resultado de una herida o enfermedad cubierta;
14. Métodos anticonceptivos , incluyendo los procedimiento y aparatos;
15. Cuidado de niños recién nacidos, guarderías y gastos similares;
16. La participación en atletismo profesional ínter escolar;
17. Las heridas o enfermedades por las cuales los beneficiocs son pagables bajo la Ley o Acto de Compensación de Trabajador o Enfermedad Profesional, o cualquier legislación;
18. Transplantes de órganos;
19. Guerra o cualquier acto de Guerra, declarada o no declarada; o mientras esté en las fuerzas armadas de cualquier país (la prima prorratada se devolverá en este caso);
20. Participación en un motón o desobediencia civil, la comisión o intención de cometer un delito grave en el país dónde se intentó o que se cometió;
21. Suicidio o cualquier intento de suicidio por una persona sana o enfermamental(mientras sana en Missouri); lesiones intencionalmente autoinducidas;
22. Los gastos de alguna institución, servicio de salud, o clínica cuyo pago por el servicio no se requiere en ausencia de un seguro;
23. Tratamiento de problemas mentales y psiquiatras, excepto por como se indica en la Lista de Beneficios, o tratamiento de alcoholismo o abuso narcótico, excepto por como se provee el tratamiento de problemas mentales y psiquiatras, según la Lista de Beneficios;
24. Una pérdida incurrida por montar en cualquier aerotransportista, aparte de ser pasajero en un transporte operando con lisencia de transporte de pasajeros;
25. Servicios de tratamiento, suministros o instalaciones en un hospital adueñado por o operado por: a) La Administración para Veteranos: o b) Un gobierno nacional o cualquier de sus agencias. (Esta exclusion no aplica a aquél tratamiento incurrido por el asegurado que cree gastos requeridos de pagar por ley);
26. Servicios repetidos administrados por un medico y comadrona;
27. Gastos pagables por cualquier otra póliza que estuviera vigente durante la reclamación hecha;
28. Gastos incurridos durante una visita a la sala de emergencia la cual por naturaleza no es una emergencia;
29. Gastos incurridos por tratamientos ambulatorios en conección a la detección o corección por medios manuales o desequilibrio estructural, deformación o subliminación en el cuerpo humano para el propósito de remover la intromission de nervios y tales efectos, cuando tal intromission es resultado o relacionado a la distorción o malalineamiento de la columna vertebral
30. Heridas sostenidas durante el uso ilícito de un vehículo por falta de posesión de una licencia de conductor válida
31. Aborto voluntario o provocado no naturalmente
32. Gastos cubiertos por cualquier otra compañía de seguro medico
33. Gastos incurridos después de la fecha de terminación de la póliza a menos que se cubra bajo otra sección de esta póliza
34. Alcoholismo, drogadicción o el uso de cualquier droga o narcótico
35. Tratamiento de enfermedades venéreas o de transmisión sexual

INSCRIBIENDO EN EL SEGURO INBOUND IMMIGRANT

1. Complete la solicitud entera
2. Seleccione el método de pago
3. Si va a pagar por cheque o giro postal hágalo a favor de:
“SRI” y remítalo junto con la solicitud llena
4. Si va a pagar con tarjeta de crédito complete la solicitud y envíelo por correo o por fax a SRI.
Asegúrese De firmar la sección de “Método de Pago.”

Complete y devuelva la solicitud con su pago para la prima total a:

SRI

5965 Sandy Ridge

IElkridge, Maryland 21075 USA

Fax: 410-796-7456

(Ud. Podrá pagar por fax sólo si está pagando con tarjeta de crédito. Los originales no se requieren si la solicitud se envía por fax a SRI con el pago de tarjeta de crédito)

Primas Mensuales (Efectuadas 1 de julio, 2002)

\$75 deducible por herida/enfermedad por persona

	\$50,000 Máximo	\$100,000 Máximo
Edades 2 semanas – 49	\$65	\$95
Edades 50 - 69	\$103	\$145
Niños dependientes (Edades 2 semanas hasta la edad de 18)	\$54	\$81

\$150 deducible por herida/enfermedad por persona

	\$50,000 Máximo	\$100,000 Máximo
Edades 2 semanas – 49	\$62	\$91
Edades 50 - 69	\$100	\$142
Niños dependientes (Edades 2 semanas hasta la edad de 18)	\$51	\$76

\$250 deducible por herida/enfermedad por persona

	\$50,000 Máximo	\$100,000 Máximo
Edades 70 – 79	\$111	N/A
Edades 80 +	\$144	N/A

La prima para niños se aplica cuando por lo menos uno de los padres esté bajo el plan Inbound Immigrant.

Por favor tenga en cuenta que esta no es una póliza de seguro de cobertura general, sino un programa médico provisional para usar mientras Ud. espera ser elegible para una cobertura médica doméstica. El plan Inbound Immigrant no garantiza el por gastos médicos hasta que la compañía determine que los gastos correspondan a beneficios elegibles de cobertura.

Reembolso de la Prima

El reembolso de la prima deberá ser considerado solamente cuando la compañía recibe una petición por escrito antes de la fecha de iniciación de cobertura. Después de la fecha de iniciación de cobertura, la prima se considera completamente ganado y no reembolsable.

Lo Que Usted Recibirá

Al inscribirse exitosamente en el plan Inbound Immigrant, Ud. Recibirá un paquete informativo de SRI. Este paquete incluirá su carnet y certificado de seguro. El certificado de seguro describe todos los beneficios de Inbound

Immigrant de una forma completamente detallada. En adición, el Certificado de Seguro le explicará el proceso de someter una reclamación.

La Compañía de Seguro

Inbound Immigrant está respaldado por The Insurance Company of the State of Pennsylvania, un miembro del American International Group of Companies (AIG) y está calificado con una A++, o “Superior” por el A.M. Best Company.

Solicitud InboundSM IMMIGRANT - 2002

USO OFICIAL SOLAMENTE: Cert#: _____ Procesada: _____ Fecha Efectiva: _____ Agente: 3366
Tarifas July 1, 2002

Todas las selecciones deben ser completadas. Solicitudes incompletas serán devueltas y a la vez será negada la cobertura.

Información del solicitante

Sr. Sñra. Sñrita. **Apellido:** _____ **Nombre:** _____

Dirección de correspondencia E.U.:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ C.P.: _____

(Address must be in the United States)

Número telefónico: _____ Cor. _____

Elec. _____

Beneficiario AD&D: _____ Relación: _____

Pasaporte e información de viaje

Número de pasaporte: _____ País de emisión: _____

¿Cuándo llego Ud. a los Estados Unidos? ___ / ___ / ___ ¿Cuándo desea que comience la cobertura? ___ / ___ / ___

Esta cobertura no es disponible a ciudadanos estadounidenses. Se tiene que inscribir dentro de los primeros 24 meses de vivienda en E.U. Periodo mínimo es de 1 mes. Cobertura total es hasta 60 meses. Si se compran por lo menos 3 meses inicialmente, se podrá renovar este plan continuamente.

Cobertura Requerida

¿Ha comprado usted alguna otra póliza a SRI en el pasado? ___ No ___ Sí Número pasado: _____

Máximo médico seleccionado: Plan A: \$50,000 Plan B: \$100,000

Seleccione deducible máximo por herida/enfermedad: \$75 \$150 (a la edad de 70 años y arriba es \$250)

Si hay uno o mas solicitantes menores de la edad de 70 años y uno o más solicitantes de 70 años o más, se deben someter solicitudes separadas.

Nombres de los Solicitantes	Fecha de Nac.	Prima Mensual
Solicitante: _____	___ / ___ / ___	_____
Cónyuge: _____	___ / ___ / ___	_____
Hijo: _____	___ / ___ / ___	_____
Hijo: _____	___ / ___ / ___	_____
Hijo: _____	___ / ___ / ___	_____
Total:		_____

x = + \$10 =

Total de arriba

Cantidad de meses

Costo administrativo

Pago adjuntado

Método de Pago

Cheque

Giro Postal

MasterCard

Visa

Discover

Número de tarjeta: _____

Nombre indicado en la tarjeta: _____

Fecha de expiración: _____

Número telefónico durante el día: _____

Dirección dónde se recibe la cuenta: _____

Firma (Requerida) _____

Haga sus pagos de cheque o Money Order a favor de SRI. El pago por la prima total debe ser hecho en Dólares Americanos al momento de enviar la solicitud. Solicitudes con cargo a Visa o Master Card están sujetas a aceptación por parte de la compañía emisora de la tarjeta.

Declaro que entiendo los términos y condiciones de este producto como se señala en el folleto. Entiendo que esta cobertura no es para ciudadanos estadounidenses. Entiendo condiciones preexistentes como se señala en el número 1 de las Exclusiones, están excluidas.

Me suscribo a AIG Life Trust a la cobertura a la que soy elegible bajo el grupo contratado por The Insurance Company of the State of Pennsylvania, un member del American International Group, Inc. (AIG). Como firmante, yo declaro que estoy afirmado todas las declaraciones para tales personas indicadas en esta solicitud (y que tengo la autoridad de hacer tal cosa).

Firma del Solicitante o Representante (Required)

Fecha