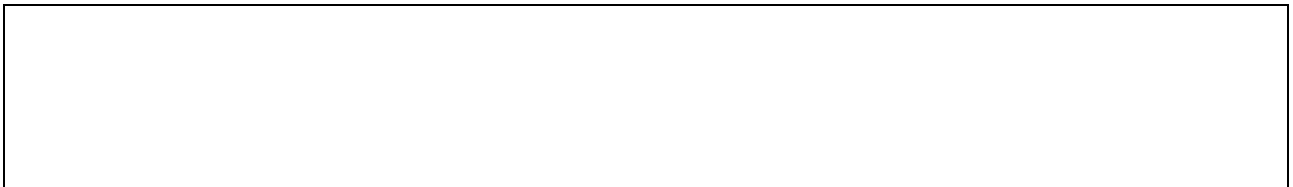


Versión en Español

**Completa cobertura mundial**  
**Diversidad de Deducibles.**  
**Hasta US \$ 5 millones en beneficios por vida de la póliza.**  
**Cobertura para familias o individuos**



## Cuadro de Beneficios.

<b>Hospitalización</b>	<b>Beneficio Máximo</b>
Habitación privada o semi-privada, por día (máximo 240 días consecutivos)	\$600
Cuidados Intensivos por día (máximo 180 días consecutivos)	\$1.500
Cirugía	100%
Anestesia pagable a un porcentaje del costo de la operación	20%
Exámenes de laboratorio, Radiografías, otros tratamientos	100%
Prescripciones medicas durante la hospitalización	100%
Quimioterapia y radioterapia	100%
Trasplante de Organos máximo por trasplante incluyendo todos.	\$250.000
<b>Maternidad</b>	
Parto normal o complicaciones del parto máximo	\$4.000
El beneficio máximo no esta sujeto a co-aseguro.	
Cuidados pre y post natal serán reembolsados de acuerdo al cuadro de beneficios.	
Servicios profesionales relativos a la hospitalización	\$200 por día
<b>Servicios Ambulatorios</b>	
Sala de emergencia y tratamiento a causa de un accidente	100%
Tratamiento dental de emergencia a causa de un accidente	100%
Cirugía ambulatoria	100%
Quimioterapia y radiación	100%
Prescripciones medicas relacionados con una condición cubierta por este plan	100%
<b>Evacuación Médica de Emergencia</b>	
Ambulancia Local	\$1.500
Traslado del asegurado a un lugar donde tratamiento requerido pueda ser recibido, incluye gastos de retorno	\$25.000
<b>Otros Tratamientos Médicos</b>	
Médico (por consulta)	\$70
Especialistas (por consulta)	\$70
Cirugías ambulatorias en consultas con especialistas máximo	\$500
Psiquiatras (por consulta)	\$60
Quiroprácticos (por consulta)	\$50
El máximo de consultas a médicos, especialistas, psiquiatras y quiroprácticos es de 30 por año.	
Fisioterapia (por consulta)	\$40
Tomografías, electrocardiogramas, Resonancias magnéticas (Máximo por examen)	\$600
Endoscopias (Ej. Gastrocopias, colonoscopias, Cistografías)	\$600
Rayos X (por examen)	\$250
Laboratorio (por examen)	\$300

## **Porque RESIDE debe ser su Plan Medico Internacional**

Existe en la actualidad un incremento de ciudadanos que se encuentran viajando de país a país de continente a continente. Incluidos en este grupo encontramos también individuos con menos inclinaciones a realizar viajes, pero que se preocupan de obtener el mejor seguro de salud disponible a nivel mundial. Cualquiera sea la razón, si usted necesita viajar fuera de su país de residencia RESIDE Worldwide Medical Plan le seguirá a donde vaya. Muchos países ofrecen diversas coberturas o planes pero como ciudadano americano conocerá que usted no es elegible para esas coberturas o que la protección que se ofrece no es suficiente. Para ciudadanos de otros países el encontrar el plan de salud adecuado puede resultar problemático, un plan que le provea de amplia cobertura en comparación con los planes locales. Sea usted un ciudadano americano viviendo en otro país o un ciudadano de otro país RESIDE le ofrece la libertad de obtener atención médica en cualquier parte del mundo.

## **Elegibilidad**

RESIDE es disponible para personas de cualquier parte del mundo con edades comprendidas entre 15 días y 74 años. Ciudadanos americanos que residan fuera de los Estados Unidos o que abandonen los Estados Unidos dentro de los 30 días siguientes a la fecha efectiva de la póliza. Ciudadanos Internacionales que residan en cualquier parte del mundo. Adicionalmente, los ciudadanos americanos deberán residir fuera de los Estados Unidos por lo menos 6 meses de los 12 meses del periodo de la póliza para mantener su elegibilidad.

## **Por cuanto tiempo puedo mantener mi cobertura con RESIDE**

RESIDE es renovable anualmente siempre y cuando se mantenga la elegibilidad requerida y la prima de renovación sea pagada. No más preguntas acerca de sus condiciones de salud para la renovación. La compañía no puede cancelar la cobertura de un Individuo a la fecha de renovación a menos que esta decida cancelar cobertura para el grupo específico\* de personas donde el asegurado se encuentre clasificado.

Para los solicitantes que apliquen antes de cumplir 65 años y continúen su cobertura por 10 años consecutivos su póliza se convertirá automáticamente en RESIDE Senior Provider a la edad de 75 años siempre y cuando su elegibilidad se mantenga.

\*Grupo específico es definido como un grupo de personas con similares características incluyendo pero no limitando grupo demográfico y región geográfica.

## **Como aplico para mi cobertura in RESIDE**

Para aplicar a Reside Prime, lo que tiene que hacer es completar la solicitud anexa y cancelar la prima correspondiente, dependiendo de su edad y el deducible seleccionado. Asegúrese de responder todas las preguntas correctamente y de manera legible. La solicitud que se envíe formará parte integral de la póliza una vez aceptado por la Compañía. Una vez que la aplicación completa es recibida por Specialty Risk International, sus analistas evaluarán la aplicación y determinarán si la cobertura será otorgada. Si información médica o personal, adicional, es requerida, Specialty Risk International contactará al solicitante. Si usted es aceptado, recibirá una tarjeta de identificación confirmando la fecha efectiva de la póliza y las condiciones de aceptación, una planilla de reclamos y el certificado que describe las condiciones de la póliza. Si usted no es aceptado SRI retornará la prima recibida sin demora. Specialty Risk International se esforzará por evaluar todas las aplicaciones rápida y eficientemente. Información ilegible en la aplicación y solicitud de documentación adicional retrasará la evaluación y requerirá de más tiempo para su aprobación.

## **Deducibles, Co-aseguros y Máximos**

\$250 \$500, \$1.000, \$2.500. \$5.000 Pago máximo de 3 deducibles por familia incluidas en la póliza.

Si los gastos se incurren en los Estados Unidos o Canadá, la póliza paga después del deducible, 80% de los primeros \$5.000 de los gastos elegibles de acuerdo al cuadro de beneficios, luego el 100% hasta el máximo de la póliza. Si los gastos se incurren fuera de los Estados Unidos o Canadá, la póliza paga después del deducible, 100% de los gastos elegibles de acuerdo al cuadro de beneficios hasta el máximo de la póliza. Los 3 deducibles máximo por familia aplica también para el co-aseguro.

Máximo de gastos médicos permitidos por vida de la póliza es US\$5.000.000 por asegurado.

**Primas anuales**  
**Efectivas al 1 de Junio 2001**

EDAD	Deducible \$250		Deducible \$500		Deducible \$1000		Deducible \$2,500		Deducible \$5,000	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
14 días a 18 años	\$354	\$354	\$315	\$315	\$260	\$260	\$242	\$242	\$227	\$227
de 19 a 24	\$758	\$1.246	\$656	\$1.144	\$510	\$885	\$445	\$772	\$349	\$603
de 25 a 29	\$844	\$1.392	\$737	\$1.285	\$573	\$994	\$500	\$868	\$392	\$677
de 30 a 34	\$896	\$1.507	\$771	\$1.382	\$597	\$1.068	\$523	\$932	\$409	\$727
de 35 a 39	\$1.059	\$1.737	\$857	\$1.535	\$664	\$1.186	\$581	\$1.035	\$455	\$808
de 40 a 44	\$1.161	\$1.402	\$942	\$1.183	\$730	\$916	\$637	\$799	\$523	\$665
de 45 a 49	\$1.293	\$1.559	\$1.060	\$1.326	\$821	\$1.025	\$716	\$894	\$584	\$705
de 50 a 54	\$1.579	\$1.735	\$1.339	\$1.495	\$1.035	\$1.160	\$903	\$1.032	\$766	\$856
de 55 a 59	\$1.908	\$1.908	\$1.659	\$1.659	\$1.284	\$1.282	\$1.119	\$1.119	\$942	\$951
de 60 a 64	\$2.809	\$2.644	\$2.560	\$2.395	\$2.158	\$1.905	\$1.955	\$1.754	\$1.633	\$1.451
de 65 a 69	\$5.866	\$5.119	\$5.615	\$4.868	\$5.253	\$4.434	\$4.038	\$3.295	\$3.530	\$3.162
70	\$7.259	\$6.243	\$7.008	\$5.992	\$6.465	\$5.529	\$5.118	\$4.184	\$4.043	\$3.356
71	\$7.569	\$6.525	\$7.318	\$6.274	\$6.827	\$5.812	\$5.393	\$4.372	\$4.314	\$3.497
72	\$7.914	\$6.830	\$7.663	\$6.579	\$7.213	\$6.153	\$5.694	\$4.621	\$4.555	\$3.698
73	\$8.307	\$7.147	\$8.056	\$6.896	\$7.571	\$6.452	\$5.986	\$4.883	\$4.786	\$3.919
74	\$8.677	\$7.507	\$8.426	\$7.256	\$7.969	\$6.787	\$6.305	\$5.139	\$5.049	\$4.108
Hijo Dependiente*	\$327	\$327	\$284	\$284	\$222	\$222	\$194	\$194	\$178	\$178

\*La prima para hijo dependiente es disponible solamente cuando uno de los padres (representante legal), de un niño entre las edades de 14 días y 19 años (o 24 años si es estudiante a tiempo completo), esta cubierto bajo el mismo programa.  
No se cobrará la póliza por los dos (2) primeros hijos dependientes entre las edades de 14 días y 9 años si ambos padres están cubiertos por el mismo programa.

Si el solicitante decide pagar la póliza de forma semestral, trimestral o mensual, el pago debe ser hecho con tarjetas de crédito solamente. SRI cargará automáticamente a la tarjeta de crédito en la fecha que el pago se cumpla. Los factores para el cálculo del pago de las primas a plazo ha ser aplicadas son las siguientes:  
 Anual= 1.00 Semestral= .55 Trimestral= .28  
 Mensual= .10

**AVISO IMPORTANTE:** Las primas arriba referidas son aplicables por el periodo inicial de cobertura de 12 meses, después que el solicitante ha sido aceptado por SRI solamente. SRI se reserva el derecho de incrementar las primas estipuladas, basándose en la condición médica del solicitante al momento de la solicitud y evaluación. Solicitantes con condiciones médicas severas o críticas pueden ser rechazados. SRI informará al solicitante en cada período de renovación el nuevo monto de renovación de la prima para el período subsecuente de cobertura, basándose en la edad y categoría de deducible.

# RESIDE WORLDWIDE MEDICAL PLAN

## Solicitud

Como fuera descrito en el folleto y documentación, Plan Médico Reside es un programa de seguro médico fácil de entender, diseñado exclusivamente para ciudadanos internacionales. Para dar a usted y su familia la cobertura que usted decida, por favor siga las siguientes instrucciones y conteste todas las preguntas en detalle.

### Instrucciones para completar la aplicación:

1. Por favor escriba con letra de imprenta ó a maquina toda la información. Información ilegible retrasará la evaluación y procesamiento de su solicitud de cobertura.
2. Cada miembro de la familia que solicite cobertura debe ser nombrado en la solicitud. Todas las preguntas en la solicitud aplican para cada persona que solicite cobertura. Responda todas y cada una de las preguntas como es pertinente para cada uno de los solicitantes. Todos los miembros de una misma familia deben seleccionar el mismo deducible.
3. Cada sección de la aplicación debe ser totalmente completada. Cualquier pregunta afirmativa (Si) que sea marcada debe ser descrita en detalle en la sección 3. La información en la sección 3 debe incluir el nombre del solicitante, nombre del médico, dirección y teléfono del médico, dirección del centro de tratamiento, diagnóstico, pronóstico y curso del tratamiento. Si es necesario use una hoja adicional para explicar las condiciones y adjúntela a la aplicación cuando la envíe a SRI.
4. Las primas que se listan en la hoja de precios que se adjunta a la aplicación son anuales y pueden pagarse con Cheque, Money Order, tarjetas de crédito Visa o MasterCard. **Debido a la cuestionable seguridad del correo internacional, solo se recibirán pagos mensuales, trimestrales y semestrales hechos con tarjetas de crédito** o débitos directos a cuentas corrientes en Bancos Americanos. Modalidades de pagos mensuales, trimestrales y semestrales serán aceptadas solo si se obtiene pre-autorización de cargar el monto de la prima a la tarjeta de crédito en la fecha de vencimiento del plazo de pago.
5. Una vez que SRI evalúe su aplicación y determine que la cobertura será otorgada, le enviaremos una tarjeta de Identificación y un Certificado de Seguro por correo. El Certificado de Seguro contiene los términos del programa y definiciones. Este paquete también incluirá detalles de como someter reclamos así como también información acerca del proceso de pre-notificación de procedimientos. La versión en inglés del Certificado de Seguros será un documento oficial en el cual las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán

Todas las secciones deben ser completadas.

### Sección 1 Información del solicitante:

Nombre del solicitante <small>(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido de soltero)</small>	Sexo	Parentesco	Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año)</small>	Nacionalidad	Altura <small>Pies/pulgadas</small>	Peso	Prima
		Asegurado					
		Cónyuge					
		Hijo					
		Hijo					
		Hijo					
Dirección: _____ <small>(calle, ciudad, estado, país, zona postal)</small>							
Dirección de correspondencia: _____ <small>(calle, ciudad, estado, país, zona postal)</small>							
Teléfono de habitación: _____				Teléfono de oficina: _____			
Fax: _____				Dirección de correo electrónico: _____			
Ocupación: _____				Ocupación del cónyuge: _____			
Previa Ocupación (2 últimos años): _____							
Previa Ocupación del cónyuge (2 últimos años) : _____							
Soltero: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Si es usted Ciudadano Americano: ¿Cuándo planea salir de los Estados Unidos? : ____/____/____(mes/día/año)							
¿Cuánto tiempo planea usted residir fuera de los Estados Unidos?							
Por cuanto tiempo requerirá de la cobertura de RESIDE: _____							
Es Ingles su lengua materna: _____ Si la respuesta es NO Indique cual: _____							



#### Sección 4. Declaración y solicitud de inscripción/ Autorización para dar información médica:

Certifico que aplico al programa RESIDE y para el seguro otorgado por Lloyds of London.

Declaro que toda la información en esta aplicación y cualquier anexo es completa y verdadera en el mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que Specialty Risk International (El Administrador) confiará en la información contenida en esta aplicación para determinar si la cobertura será otorgada y que cualquier información incorrecta o incompleta anulará este seguro al momento de su descubrimiento.

Entiendo que beneficios médicos pueden ser limitados o excluidos por condiciones por las cuales alguno de los asegurados haya recibido diagnóstico, tratamiento, tomado algún medicamento, síntomas se hayan manifestado previo a la fecha efectiva de la póliza, de acuerdo a lo establecido en las limitaciones por condiciones pre existentes contenidas en esta póliza.

AUTORIZO a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otra dependencia médica, "Medical Information Bureau, Inc. (MIB, Inc)", agencias de reporte de consumos, compañías de seguros y reaseguros o empleadores que tengan alguna información mía o de mis dependientes a suministrar esta información al Administrador o a sus representantes legales. La naturaleza de esta información incluye: (1) condición (es) física(s), (2) historia(s) de salud, (3) distracción(es), (4) edad(es), (5) ocupación(es), y (6) características personales. Esta autorización incluye información sobre (1) drogas, (2) alcoholismo, (3) enfermedades mentales, o (4) enfermedades transmisibles.

YO ENTIENDO que la información obtenida por el uso de esta autorización será usada por El Administrador para determinar la elegibilidad de beneficios. TAMBIÉN AUTORIZO al Administrador para dar cualquier información obtenida a las compañías de reaseguros, "Medical Information Bureau" o cualquier otra persona u organización que realice operaciones o servicios legales referentes a mi aplicación, reclamos o cualquier otro uso que yo autorice.

ENTIENDO que como residente de una jurisdicción extranjera, puedo estar sujeto a leyes foráneas con respecto al tipo y forma de cobertura en la cual me estoy inscribiendo. También entiendo y estoy de acuerdo que la responsabilidad de adaptar estas leyes a este plan de seguros recaerá solamente sobre mí.

ENTIENDO que la fecha efectiva estará en concordancia con los términos de la fecha efectiva aplicable y la aceptación de SRI. Y también ENTIENDO que como Ciudadano Americano la cobertura en los Estados Unidos esta limitada a 6 meses durante cualquiera de los doce meses de cobertura de la póliza.

ENTIENDO que este programa no es y no intenta ser una póliza general Americana de Salud

TAMBIÉN ENTIENDO que cualquier persona que, con intenciones de fraude o sabiendo que el o ella esta facilitando un fraude, contra un asegurador, someta una aplicación o envíe un reclamo conteniendo falsa o engañosa información puede ser culpable de fraude.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O GUARDIAN:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONYUGUE DEL PROPUESTO ASEGURADO (sí aplica):

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Sección 5 Especificaciones del Programa

Por Favor Seleccione su Deducible      \$250       \$500       \$1000       \$2500       \$5000

Fecha Efectiva Solicitada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

Para beneficios por muerte accidental y desmembramiento el beneficiario en el certificado debe ser el asegurado principal. Si este beneficio es utilizado por el asegurado principal, el beneficiario será su patrimonio. Si esto no es aceptable, por favor mencione el beneficiario.: \_\_\_\_\_

## Sección 6 Cálculo de la Prima y los Pagos

Prima Anual para cada solicitante: _____	
Factor de plazo de pago (del cuadro de la derecha)	X _____
Prima Total	\$ _____
Costo administración	\$ 20.00
Total pago presentado:	= _____

Modalidad de pago de la póliza	Factores
Anual	1.00
Semestral	.55
Trimestral	.28
Mensual	.10

Importante: Se aceptan cheques por primas anuales solamente

Modo de pago

Cheque  Money Order  \*MasterCard  \*Visa  Discover  American Express  Dinners

Card# \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_/\_\_\_

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

El pago de las primas debe hacerse en Dólares Americanos. Cheques deben ser emitidos por Bancos Americanos y a nombre de SRI. **\*Si paga con tarjeta de crédito.** Autorizo SRI a cargar a mi tarjeta de crédito el monto total de la prima. Si yo he autorizado el cargo automático a la tarjeta de crédito o mi cuenta bancaria de mis pagos a plazos, solicito y autorizo a SRI cargar a mi tarjeta de crédito o debitar mi cuenta corriente periódicamente cuando mis fechas de pago comiencen a cumplirse. Esta autorización estará en efecto hasta que yo la revoque por escrito, y SRI reciba el aviso. El pago de cobertura que se haga con cargo a una tarjeta de crédito esta sujeta a la validación y aceptación de la compañía operadora de la tarjeta de crédito. Para cualquier pago a plazos diferente a anual, yo pre autorizo a SRI cargar a mi tarjeta de crédito el monto correspondiente en la fecha en que el pago se cumpla. \_\_\_\_\_  
(firme aquí para la autorización de cargo de la póliza)

Cheques y Money Orders deben emitirse a nombre de SRI. Todos los pagos deben ser hechos en dólares americanos y recibirse al momento en que la aplicación por cobertura es hecha.

## Sección 7 Para uso del agente solamente.

Agente de SRI # \_\_3366\_\_ Nombre del Agente: \_\_Jeff Motsco\_\_

Nombre de la compañía: \_\_TheInsuranceNet.com\_\_

Dirección: \_\_5965 Sandy Ridge\_\_

Ciudad: \_\_Elkridge\_\_ Estado: \_\_MD\_\_ Código Postal: \_\_21075\_\_

Teléfono: \_\_410-796-7497\_\_ Fax: \_\_410-796-7456\_\_

En el mejor de mis conocimientos declaro que, la información contenida en esta aplicación es precisa y verdadera.

Firma del Agente: \_\_\_\_\_

### Por favor envíe por correo o fax a:

Seguro-Medico.com  
5965 Sandy Ridge  
Elkridge, MD 21075 USA  
Fax: 410-796-7456 Toll-Free Fax 877-877-5801

Avalado por:  
Lloyds of London  
Catalogada A "Excelente" por AM Best

## **Que hago si necesito usar el Plan RESIDE**

Para hospitalización y cirugías, contacte SRI Assist para obtener el servicio de pre-notificación. La calidad y complejidad de los servicios médicos varía de país a país, por esto la pre-notificación de los servicios es un requerimiento del programa. Esto permite a nuestros profesionales ubicar un proveedor preferencial de servicios, si es posible, asistirlo para que reciba el mejor cuidado y tratamiento y coordinar pagos directos a los proveedores de servicios. Nuestro objetivo es que usted enfoque su atención en su condición médica y no en los detalles administrativos.

Para servicios ambulatorios que no requieran hospitalización y procedimientos relativos con una cirugía, llene la planilla de reclamos, que viene adjunta a su certificado y tarjeta de identificación, fírmela y envíela junto con los originales de sus facturas canceladas por estos servicios, SRI le hará reembolso directo o en los casos de aceptación del proveedor de los servicios el pago se enviara al hospital o medico tratante.

## **Cobertura para niños**

Si ambos padres están cubiertos por RESIDE los dos (2) primeros hijos dependientes menores de 10 años no pagarán prima. Si hay mas de dos hijos dependientes menores de 10 años o si los niños son mayores de 10 se aplicara la prima de hijo dependiente. Si solo un padre se encuentra cubierto por RESIDE cada niño deberá pagar la prima de hijo dependiente.

## **Muerte Accidental y Desmembramiento**

RESIDE automáticamente incluye un beneficio de muerte accidental y desmembramiento por cada asegurado, máximo beneficio por asegurado principal y cónyuge \$10.000 y \$ 2.000 por hijo dependiente. En transporte público el monto se incrementa a \$40.000 por asegurado principal y cónyuge y \$8.000 por hijo dependiente.

## **Limitaciones del programa RESIDE**

Condiciones pre existentes:

Si una condición pre existente es informada al momento de aplicar y esta no es excluida o restringida por una cláusula exclusionaria o Amendment, su condición pre-existente será cubierta hasta un máximo de \$50.000 (\$5.000 limite por año) después que usted haya estado cubierto por RESIDE por 24 meses consecutivos.

Condición pre-existente es: aquella enfermedad o lesión que reúna los siguientes criterios: 1) una condición que haya obligado a la persona a buscar consejo médico, diagnóstico o tratamiento antes de la fecha efectiva de cobertura de este certificado; 2) una condición por la cual consejo médico, diagnóstico o tratamiento fue recomendado o recibido antes de la fecha efectiva de cobertura de este certificado; 3) gastos incurridos por concepto de embarazo durante los primeros 12 meses de cobertura de este certificado.

Las siguientes condiciones, tratamientos, servicios, y/o gastos no están cubiertos (Este es un resumen de las exclusiones contenidas en el certificado de cobertura)

- Condiciones pre-existentes como se definen anteriormente
- Gastos no presentados a la Compañía para su pago dentro de los 3 meses siguientes al incidente
- Gastos por tratamientos que no sean médicamente necesarios; que excedan los costos razonables y habituales, recibidos sin costo para el asegurado; realizados por un familiar del asegurado.
- Tratamientos experimentales
- Suicidio o intento de suicidio
- Guerra u operaciones de guerra
- Lesiones ocurridas durante la participación en atletismo profesional, amateur o interescolar;
- Exámenes físicos de rutina u otros exámenes
- Tratamiento de la articulación Temporomandibular;
- Terapia Vocacional, recreacional, del lenguaje o música terapia;
- Cirugía plástica o cosmética excepto aquella realizada como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza
- Tratamientos y suministro de dientes y dentaduras postizas, exámenes rutinarios de oídos y suministro de aparatos auditivos. Exámenes de la visión o para prescripciones.
- Lesiones o incapacidad ocasionadas cuando se encontrare bajo la influencia total o parcial de alcohol o drogas
- Consultas telefónicas
- Tratamientos mientras se encuentra recluido para recibir primeramente rehabilitación o servicios de enfermería;
- Anomalías congénitas
- Gastos que no son de naturaleza médica;

- Lesiones auto-infligidas
- Gastos como resultado o en conexión con un delito mayor;
- Lesiones ocasionadas durante la práctica de: alpinismo donde guías o cuerdas sean normalmente utilizadas, paracaidismo, salto con bungee, equitación, motociclismo, buceo con aparatos de respiración bajo el agua, a menos que sea PADI certificado;
- Tratamiento de enfermedades venéreas; enfermedades de transmisión sexual
- Tratamiento del HIV o SIDA
- Tratamiento relacionados con Infertilidad.

## **Servicios Adicionales**

Asistencia/Servicios de referencias: SRI Assist esta disponible para ayudarle 24 horas al día 365 días al año en la localización de proveedores médicos alrededor del mundo. Aunque usted no necesite pre-notificar una admisión hospitalaria o cirugía, le recomendamos contactar a SRI Assist para obtener ayuda en caso de una lesión o enfermedad, nuestros profesionales en SRI Assist se cercioraran que usted reciba la mejor atención medica disponible.

Evacuación medica de emergencia / repatriación: Profesionales médicos en ciertos lugares del mundo no tienen los equipos necesarios para proveer tratamiento adecuado a sus pacientes en un gran numero de situaciones. Como un beneficio standard de RESIDE nosotros le transportaremos, sea el caso, a una dependencia medica adecuada donde servicio medico adecuado pueda ser rendido por una condición particular.

El Avalador

El Plan Medico RESIDE Worldwide

Es avalado por Lloyds of London. Como una de las más grandes entidad de seguros a nivel mundial, Lloyds se ha ganado la clasificación de A (excelente) por AM Best y A+ (fuerte) por Estándar and Poor.

## **El Administrador**

Desde 1993, Specialty Risk International ha proporcionado planes Internacionales de seguros a Corporaciones, viajeros internacionales, inmigrantes, estudiantes y ciudadanos del mundo. Con eficiencia y habilidad, hemos atendido a clientes en más de 100 países alrededor del mundo. Como un excelente evaluador de riesgo, SRI ha tenido la oportunidad de ofrecer soluciones innovadoras ha situaciones únicas.

Nuestros profesionales en el área de reclamos tienen la experiencia necesaria para procesar los complejos reclamos que envuelven los servicios médicos internacionales. Como asegurado de SRI puede usted contar con la seguridad y el apoyo de un servicio de asistencia 24 horas al día, 365 días al año.

La versión en Inglés del certificado de seguro y del folleto informativo o cualquier otro documento relacionado con RESIDE serán las versiones autorizadas en las cuales las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán. Esta es una traducción meramente informativa.