GuardMe™
K-12

PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO DE VIAJE

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE

Tómese el tiempo necesario para leer Su póliza y conocer Su cobertura. Su cobertura está sujeta a ciertas limitaciones, condiciones y exclusiones. Preste especial atención a las palabras con mayúscula. Estas tienen un significado específico que se explica en la sección Definiciones de la póliza en la página 10. Esta póliza es secundaria a todas las demás fuentes de cobertura (página 8). Cualquier beneficio pagadero en virtud de esta póliza superan cualquier otra cobertura que Usted pueda tener con cualquier otra compañía de seguros o cualquier otra fuente de recuperación.

Las sumas de los beneficios descritos en la Póliza rigen por un período de 365 días, exceptuando el beneficio de Hospitalización Psiquiátrica (A6) y el beneficio de Honorarios de Psiquiatría (A7), que tienen un Máximo de Por Vida. Independientemente del número de pólizas que Usted compre en un período de 365 días, las sumas de los beneficios no se renuevan hasta que hayan transcurrido 365 días a partir de la Fecha Efectiva de la póliza original que se adquirió y posteriormente en la fecha del aniversario de cada año.

Se aplica una exclusión por Condición Preexistente a las Condiciones Médicas que existían antes de Su Período de Cobertura (página 1). Asegúrese de verificar la exclusión por Condiciones Preexistentes (página 6) para ver si se aplica a Usted.

En caso de Enfermedad, se revisará el historial clínico anterior cuando se presente una reclamación.

Usted debe informar al Administrador antes de un Tratamiento como se indica en la página 11. Los Beneficios son limitados si Usted no se comunica con el Administrador dentro del período de tiempo especificado.

DERECHO DE REVISIÓN

Usted puede cancelar esta póliza dentro de un plazo de 10 días después de la compra y recibir un reembolso completo, siempre y cuando Usted no haya salido de Su País de Origen y no haya ninguna reclamación en proceso. Para reembolsos de más de 10 días, consulte “Reembolso de la Prima” en la página 9.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para la cobertura, Usted debe cumplir las siguientes condiciones:

- ser menor de 20 años de edad; y
- estar viajando fuera de Su País de Origen (o ser un canadiense que regresa a Canadá); y
- ser estudiante en una institución educativa no postsecundaria; y
- no haber sufrido una cancelación en la cobertura de ninguna otra póliza por parte de una aseguradora; y
- no tener una Afección Médica por la cual un Médico le haya desaconsejado viajar; y
- no haber sido diagnosticado con una Enfermedad terminal antes de viajar a Canadá.

Si Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad mencionados anteriormente, Su seguro será nulo y la responsabilidad de la Compañía se limitará al Reembolso de la Prima pagada.

PERÍODO DE COBERTURA

Fecha Efectiva – Cuándo comienza a regir la Cobertura

La Cobertura de esta póliza comienza en la fecha más tardía de las siguientes:

a) la fecha y hora 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 abandona Su País de Origen; o
d) la fecha de Su retorno a Canadá (solo para canadienses que regresan).

Cuándo termina la Cobertura

Su cobertura finaliza a más tardar:

a) en la Fecha de Terminación como se muestra en Su solicitud; o
b) en la Fecha de Terminación de cualquier extensión de póliza; o
c) 90 días después de Su retorno a Canadá (solo para canadienses que regresan).

- La Cobertura no se puede extender más de 365 días.

Cobertura para Excursiones fuera de Canadá

Esta póliza proporciona cobertura para los gastos que Usted efectúe en Canadá. La sección Beneficios Médicos por Emergencia de esta póliza se extiende para incluir los gastos médicos de Emergencia que Usted tenga durante cualquier excursión fuera de Canadá durante Su Período de Cobertura siempre y cuando:

a) la excursión comience en Canadá; y
b) más del 50% de Su Período de Cobertura transcurra en Canadá; y
c) la duración máxima de cualquier excursión a los Estados Unidos sea de 30 días.

La cobertura no aplica para los gastos efectuados en Su País de Origen a menos que:

a) el viaje al País de Origen se realice expresamente para participar en un evento deportivo o extracurricular organizado por la institución educativa; o que
b) Usted sea un canadiense que regresa a Canadá.

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

	SECCIONES DE LOS BENEFICIOS	SUMA DE LOS BENEFICIOS
A.	**BENEFICIOS MÉDICOS POR EMERGENCIA**	
1.	Servicios hospitalarios	Incluido
2.	Honorarios médicos	Incluido
3.	Pruebas de diagnóstico y laboratorio	Incluido
4.	Enfermería privada	$20.000
5.	Medicamentos prescritos	Suministro por 60 días
6.	Hospitalización psiquiátrica	Máximo de Por Vida de $60.000
7.	Honorarios de psiquiatría	Máximo de Por Vida de $60.000
8.	Transporte en ambulancia terrestre	Incluido*
9.	Transporte aéreo	$300.000
10.	Embarazo	$25.000
11.	Equipo médico y suministros	Incluido*
12.	Transporte y sustento para su familia	$6500
13.	Repatriación de restos	$20.000
14.	Entierro en el país anfitrión	$20.000
15.	Lesión dental	$4000*
16.	Tratamiento dental de emergencia	$1000
B.	**BENEFICIOS MÉDICOS QUE NO SON DE EMERGENCIA**	
1.	Paramédicos	$1000
2.	Psicoterapia	$10.000
3.	Inmunizaciones	$150
4.	Visita médica anual	$150
5.	Examen anual de la vista	$100
6.	Tratamiento de verrugas	$750
7.	Suministros para diabetes o asma	$500
8.	Atención que no es de emergencia	$5000
9.	Consultas médicas	$200
10.	Trabajador(a) social	$500
11.	Pruebas de ETS-ITS	$100
12.	Terapia para abuso de sustancias	$200/sesión y tres sesiones
13.	Tutor privado	$2000
14.	AccessAbility (accesibilidad)	$2500
C.	**BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS**	
1.	Accidente personal	$50.000
2.	Accidente de transportista general	$100.000
3.	Terapia de trauma	10 Sesiones

El límite general de esta póliza es de $5.000.000.
*Se aplican sublímites adicionales.
Todos los beneficios se restablecen cada 365 días excepto la Hospitalización Psiquiátrica (A6) y los Honorarios de Psiquiatría (A7), que tienen límites de por vida.

A. BENEFICIOS MÉDICOS POR EMERGENCIA

Cuándo son aplicables

Si Usted sufre una Emergencia médica durante Su Período de Cobertura.

Qué cubrimos y qué pagamos

Usted tiene cubiertos los cargos Razonables y Usuales para el Tratamiento de una Enfermedad o Lesión de Emergencia, hasta la suma de los beneficios indicada en el Programa de Beneficios Máximos, sujetos al límite general de la póliza de $5.000.000 para los gastos médicos de Emergencia elegibles que se enumeran a continuación. Ciertas secciones tienen un límite de beneficio específico según se describe.

1. **Servicios hospitalarios:** cargos por Tratamientos provistos en Emergencias para pacientes hospitalizados o ambulatorios por lo siguiente:
   a) Cargos de habitación y comida de Hospital hasta la tarifa de habitación semiprivada (habitación privada cuando sea médicamente requerido); y
   b) Medicamentos administrados durante la Hospitalización; y
   c) cualquier otro servicio o suministro.
   - Cualquier procedimiento quirúrgico que requiera la aprobación previa del Administrador.

2. **Honorarios médicos:** cargos cobrados por un Médico por servicios o Tratamientos profesionales, incluyendo toda la atención de seguimiento Médicamente Necesaria hasta que la Emergencia inicial se haya resuelto y la patología se haya estabilizado.

3. **Pruebas de diagnóstico y laboratorio:** cargos por servicios técnicos e interpretativos.
   - Cualquier procedimiento de diagnóstico importante requiere la aprobación previa por escrito del Administrador; entre otros, una tomografía axial computarizada (TAC), una imagen por resonancia magnética (IRM), cateterismos cardíacos, endoscopías, etc.

4. **Enfermería privada:** cuando así lo recomienda el Médico tratante, los cargos cobrados por un(a) enfermero(a) titulado(a), un(a) asistente de enfermería titulado(a) o un(a) asistente de cuidados en el hogar, hasta un máximo de $20.000. Los servicios realizados por Usted, un Familiar (incluso si es Enfermero(a) Titulado(a), asistente de enfermería titulado(a) o asistente de cuidados en el hogar) o una persona que normalmente reside con Usted, no se encuentran cubiertos.

5. **Medicamentos prescritos:** cuando lo recete un Médico y lo dispense un farmacéutico con licencia para Tratar cualquier Afección Médica de Emergencia o Lesión. Los Medicamentos se limitan a un suministro de hasta 60 días de un tipo determinado, a no ser que hayan sido recetados mientras el paciente estaba Hospitalizado.

6. **Hospitalización psiquiátrica:** si Usted ingresa a un Hospital por suicidio, intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, trastornos mentales o emocionales (entre otros, estrés, ansiedad, ataques de pánico, depresión, trastornos alimenticios/problemas de peso) o Tratamiento psiquiátrico, Nosotros pagaremos hasta un Máximo de Por vida de $60.000 por el Tratamiento médico y/o psiquiátrico recibido mientras Usted esté Hospitalizado como resultado de una o más de estas causas.

7. **Honorarios de psiquiatría:** cargos facturados por separado por un Psiquiatra por los servicios del paciente hospitalizado hasta un Máximo de Por Vida de $60.000.

8. **Transporte en ambulancia terrestre:** cargos por transporte en ambulancia con licencia al Hospital más cercano, incluidos los traslados entre Hospitales cuando así lo indique el Médico tratante. Si se requiere un servicio local de taxi/automóvil comercial para llevarlo a Usted hacia y desde un Hospital, clínica médica o farmacia para el Tratamiento elegible, Nosotros le reembolsaremos a Usted hasta un máximo de $200.

9. **Transporte aéreo:** cargos por Su traslado al Hospital más cercano o apropiado a causa de una Enfermedad o Lesión de Emergencia hasta un máximo de $300.000 por lo siguiente:
   a) el costo adicional de una tarifa de ida en una aerolínea comercial; o
   b) el costo de utilizar una camilla para transportarlo a Usted en una aerolínea comercial, si una camilla es Médicamente Necesaria, más el costo de una tarifa de ida y vuelta, gastos razonables de comidas y de alojamiento durante la noche y honorarios profesionales por los servicios de un asistente médico calificado (que no sea un Familiar) para acompañarlo a Usted, cuando un asistente sea Médicamente Necesario o sea requerido por la aerolínea; o
   c) el costo de transporte en ambulancia aérea cuando sea Médicamente Necesario.
   - Los costos de la ambulancia terrestre anterior y posterior al vuelo o entre los vuelos de conexión están incluidos si es Médicamente Necesario.
   - El Médico tratante debe certificar que Usted está médicamente apto para el tipo de traslado seleccionado.
   - Este beneficio requiere la aprobación previa del Administrador.

10. **Embarazo:** los cargos por atención prenatal, parto y atención al recién nacido (hasta 15 días) están cubiertos hasta un máximo combinado de $25.000.
    - El embarazo debe comenzar después de la Fecha Efectiva de esta Póliza.
    - Esta Póliza debe estar vigente durante todo el período del embarazo.
    - Este beneficio está limitado a un máximo de un embarazo por año.

11. **Equipo médico y suministros:** si es necesario como resultado de una Enfermedad o Lesión cubierta, los cargos por suministros médicos, como apósitos y aparatos protésicos, incluidos los cargos por alquiler de sillas de ruedas, muletas, camas tipo Hospital u otros aparatos que no excedan el precio de compra. Se aplican las siguientes limitaciones:
    a) Anteojos recetados o lentes de contacto con aumento – $500;
    b) Aparatos de audición – $500;
    c) Ortesis personalizadas – $500;
    d) Férulas para pierna o rodilleras personalizadas – $1000.

12. **Transporte y sustento para Su familia:** Si Usted es Hospitalizado fuera de Su País de Origen y se espera que Su Hospitalización tenga una duración mínima de 7 días y Usted no tiene Familiares dentro de un radio de 500 kilómetros de Su ubicación o en el caso de Su muerte, Nosotros le pagaremos hasta $5000 del costo total de transporte de ida y vuelta basado en la tarifa más económica disponible por la ruta más directa para que dos personas designadas por Usted viajen para estar a Su lado. Nosotros también pagaremos hasta $1500 por alojamiento comercial y alimentación durante un período máximo de 10 días para esas dos personas.
    - El Médico tratante debe certificar que la situación es lo suficientemente grave para justificar la visita.

13. **Repatriación de restos:** si Usted muere, Nosotros pagaremos los costos Razonables y Usuales para la preparación y devolución de Sus restos o cenizas a Su País de Origen en un contenedor de envío estándar, hasta un máximo de $20.000.
    - Si Usted opta por este beneficio, Usted no podrá hacer uso del beneficio A14 – Entierro en el país anfitrión.
    - Los gastos incurridos en el País de Origen no están cubiertos.
    - Los gastos relacionados a los rituales o ceremonias tradicionales especiales de funerales no están cubiertos.
    - Este beneficio requiere la aprobación previa por escrito del Administrador.
    - Las Exclusiones en la página 6 no se aplican a este beneficio.

14. **Entierro en el país anfitrión:** si Usted muere, Nosotros pagaremos los costos de cremación o entierro de Sus restos en el lugar donde ocurra la muerte, incluyendo un lote de cementerio y un ataúd hasta un máximo de $20.000.
    - Si Usted opta por este beneficio, Usted no podrá hacer uso del beneficio A13 – Repatriación de restos.
    - Los gastos relacionados a los rituales o ceremonias tradicionales especiales de funerales no están cubiertos.
    - Los gastos relacionados a las lápidas no están cubiertos.
    - Este beneficio requiere la aprobación previa por escrito del Administrador.
    - Las Exclusiones en la página 6 no se aplican a este beneficio.

15. **Lesión dental:** los cargos cobrados por un Dentista registrado o cirujano dentista por un Tratamiento de Emergencia para arreglar o sustituir dientes naturales o dientes artificiales adheridos permanentemente previamente sanos, como resultado de una Lesión causada por un golpe Accidental a la boca o cabeza hasta un máximo de $4000. Los cargos para la reparación de puentes y placas de dentadura postiza están limitados a $500.
    - Todos los Tratamientos deben realizarse dentro de los 90 días después del Accidente.
    - Los Gastos efectuados como resultado de Accidentes o Lesiones al masticar, causados por la colocación de un objeto en o dentro de la boca no se encuentran cubiertos.
    - Este beneficio requiere la aprobación previa por escrito del Administrador.

16. **Tratamiento dental de emergencia:** cuando se adquiere un mínimo de 90 días consecutivos de cobertura, los cargos de un Dentista o cirujano dental con licencia por un Tratamiento de Emergencia para el alivio inmediato de dolor y sufrimiento, incluyendo el Tratamiento de conductos hasta un máximo de $1000. Los cargos relacionados con las extracciones de cordales están limitados a $100 por cordal.

Limitación de Beneficios Médicos por Emergencia
Con respecto a las coberturas de Emergencia anteriores, Nosotros nos reservamos el derecho de solicitar Su regreso a Su País de Origen antes de recibir cualquier Tratamiento o después de un Tratamiento de Emergencia por Enfermedad o Lesión, si la evidencia médica obtenida de Nuestro asesor médico y Su Médico tratante local confirman que Usted puede regresar sin poner en peligro Su vida o salud. Si Usted elige desoír Nuestra recomendación y no decide regresar a Su País de Origen, siguiendo nuestra recomendación, Nosotros no pagaremos ningún gasto adicional relacionado directa o indirectamente con la afección por la que Usted esté recibiendo Tratamiento.

B. BENEFICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA

Cuándo son aplicables

Si Usted tiene gastos médicos que no son de Emergencia durante Su Período de Cobertura.

Qué cubrimos y qué pagamos

Usted tiene cubiertos los cargos Razonables y Usuales hasta la suma de los beneficios indicada en el Programa de Beneficios Máximos para los gastos elegibles que se enumeran a continuación:

1. **Honorarios de paramédicos:** los cargos cobrados por un quiropráctico, osteópata, naturópata, acupunturista, podólogo, podiatra, fisioterapeuta, terapeuta del habla, masajista, terapeuta ocupacional hasta un máximo de $1000 por proveedor. El proveedor paramédico debe tener licencia para ejercer en el lugar donde se realizan los servicios. Los servicios realizados por Usted, un Familiar o alguien quien normalmente reside con Usted no se encuentran cubiertos.

2. **Psicoterapia:** los cargos por atención de salud mental a pacientes ambulatorios, incluido asesoramiento psiquiátrico y psicológico por un profesional con licencia hasta un máximo de $10.000.

3. **Inmunizaciones:** si lo requiere Su curso de estudios, los cargos por inmunizaciones, incluidas las pruebas de tuberculosis (TB), están cubiertos hasta un máximo de $150.

4. **Visita médica anual:** cuando se adquiere un mínimo de 90 días consecutivos de cobertura, los cargos cobrados por una visita a un Médico en Canadá para un examen que no sea de Emergencia y las pruebas asociadas se encuentran cubiertas hasta un máximo de $150.

5. **Examen anual de la vista:** cuando se adquiere un mínimo de 90 días consecutivos de cobertura, los cargos por un examen de la vista realizado en Canadá por un optometrista con licencia están cubiertos hasta un máximo de $100. Nota: NO se cubre el costo de los anteojos ni de los lentes de contacto.

6. **Tratamiento de verrugas:** los cargos por Tratamiento de cualquier tipo de verrugas están cubiertos hasta un máximo de $750.

7. **Suministros para diabetes o asma:** cargos por
   a) Suministros para la diabetes, incluidas jeringas, tiras reactivas e insulina están cubiertos hasta un máximo de $500; o
   b) Suministros para el asma necesarios para el Tratamiento del asma están cubiertos hasta un máximo de $500.

8. **Atención que No es de Emergencia:** los cargos para terapia de mantenimiento continua de una Afección Médica existente o crónica, hasta un máximo de $5000.
   - Este beneficio no es aplicable a ninguna cirugía ni procedimiento médico.
   - Este beneficio sólo se aplica a las condiciones médicas no cubiertas de otro modo en esta póliza.

9. **Consultas médicas:** los cargos de consulta con un Médico con licencia u otro profesional con licencia adecuado relacionada con Medicamentos anticonceptivos, la "píldora del día después", trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el cuidado del acné hasta un máximo de $200 por la consulta inicial relacionada con cada una de esas condiciones.
   - Este beneficio no incluye el costo de ningún Medicamento, sin importar si se requiere una prescripción.

10. **Trabajador(a) social:** los cargos por consultas para pacientes ambulatorios con un(a) trabajador(a) social con licencia hasta un máximo de $500. Los servicios realizados por Usted, un Familiar o alguien quien normalmente reside con Usted no se encuentran cubiertos.

11. **Pruebas de ETS-ITS:** los cargos por consulta electiva, detección o prueba de enfermedades de transmisión sexual o infecciones de transmisión sexual realizadas en Canadá se encuentran cubiertos hasta un máximo de $100.

12. **Terapia para abuso de sustancias:** cuando se adquiere un mínimo de 90 días consecutivos de cobertura, los cargos hasta $200 por sesión por hasta tres sesiones de terapia relacionadas con dependencia de alcohol o drogas proporcionadas por un profesional calificado, con licencia. Este beneficio no incluye la admisión en ningún programa de Tratamiento después de las tres sesiones de terapia. Los servicios realizados por Usted, un Familiar o alguien quien normalmente reside con Usted no se encuentran cubiertos.

13. **Tutor privado:** Si Usted está confinado a un Hospital, centro de rehabilitación o a Su hogar dentro de los 100 días siguientes debido a una Enfermedad o Lesión cubiertas y como resultado de la misma el confinamiento continúa durante al menos 30 días escolares consecutivos, Nosotros pagaremos, desde el primer día de hospitalización, los gastos reales efectuados por el servicio privado de tutoría de un profesor calificado hasta un máximo de $20 por hora y $2000 en total.

14. **AccessAbility (accesibilidad) – Protección contra defectos, fallas y robo de Dispositivo Correctivo:** si un Dispositivo Correctivo que Usted necesita es robado y no se recupera o sufre una falla o defecto aparente mientras Usted está cubierto bajo esta póliza, y se determina que Su Dispositivo Correctivo necesario es inservible, Nosotros pagaremos hasta $2500 máximo para reemplazar o reparar Su Dispositivo Correctivo. Nosotros no pagamos los defectos o fallas que están cubiertos por la garantía del fabricante.
   - Este beneficio requiere la aprobación previa por escrito del Administrador.

C. BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS

Cuándo son aplicables

Si Usted muere o sufre una Lesión durante su Período de Cobertura.

Qué cubrimos y qué pagamos

1. **Accidente personal:** si dentro de los 90 días de un Accidente Usted muere o queda permanentemente discapacitado como resultado de ese Accidente, Nosotros pagaremos el beneficio que se detalla en el *Programa de Pérdidas* a continuación.

Programa de Pérdidas

Pérdida de la Vida	$50.000
Pérdida de Dos o más Miembros	$50.000
Pérdida de la Vista en ambos Ojos	$50.000
Pérdida de Un Miembro y la Vista en un Ojo	$50.000
Pérdida de Un Miembro	$25.000
Pérdida de la Vista en Un Ojo	$25.000

"Pérdida de un Miembro" implica la separación de una mano o pie en o arriba de la muñeca o de la articulación del tobillo respectivamente, o bien, una parálisis completa e irreversible. La "Pérdida de la Vista" debe ser completa e irrecuperable.

EXPOSICIÓN Y DESAPARICIÓN: si Usted no es encontrado dentro de un plazo de un año después de:
a) la desaparición, hundimiento o destrucción de Sus medios de viaje; o
b) que el edificio en el que Usted se encuentra sea destruido;
entonces Nosotros supondremos que Usted murió de una Lesión debido a un Accidente y se aplicará el beneficio por pérdida de la vida.

Si Usted está expuesto a inclemencias meteorológicas debido a un Accidente y Usted se Lesiona debido a esa exposición, se aplicará este beneficio.

Si ocurre más de una pérdida por cualquier Accidente, Nosotros solamente pagaremos el beneficio mayor enumerado anteriormente. No aplican beneficios pagaderos por una pérdida que no se enumere anteriormente.

2. **Transportista general:** si Usted muere como resultado de una Lesión causada mientras viajaba como pasajero que paga la tarifa en:
   a) cualquier tipo de transporte público, o
   b) en un vuelo programado en un avión o helicóptero
   El beneficio por pérdida de la vida será de $100.000.

Con respecto a los beneficios 1 y 2 de esta sección, la responsabilidad máxima de la Compañía en virtud de cualquier póliza GuardMe, con respecto a cualquier incidente aislado, está limitada al monto total de $1.250.000, que será repartido proporcionalmente entre todos los reclamantes que tengan derecho a la reclamación.

3. **Terapia de trauma:** Si Usted sufre de una pérdida cubierta enumerada en el *Programa de Pérdidas* (que no sea la pérdida de la vida) dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha del Accidente ocurrido durante el Período de Cobertura, Nosotros pagaremos hasta 10 sesiones por terapia de trauma.

EXCLUSIONES

Nosotros no pagaremos ningún gasto que resulte directa o indirectamente de:

1. una Condición Preexistente que no fue Estable en los 90 días inmediatamente anteriores a Su Fecha Efectiva. Esta exclusión no se aplica a Beneficios que No son de Emergencia (sección B);

2. cualquier Enfermedad, Lesión o Afección Médica que en Nuestra opinión hayan causado que Usted busque atención médica, diagnóstico, cuidados o Tratamiento durante los 90 días inmediatos antes de Su Fecha Efectiva. Esta exclusión no se aplica al beneficio de Atención que No es de Emergencia;

3. cualquier Tratamiento administrado para mantener la estabilidad de una Enfermedad o afección crónica (excepto según se disponga específicamente en el beneficio de Atención que No es de Emergencia o cualquier otro beneficio de esta póliza);

4. visitas para el reabastecimiento de Medicamentos (excepto según se disponga específicamente en cualquier beneficio de esta póliza);

5. pruebas o exámenes que formen parte de un régimen normal (excepto según se disponga específicamente en cualquier beneficio de esta póliza);

6. cualquier gasto de rehabilitación. Esta exclusión no se aplica al beneficio de Atención que No es de Emergencia;

7. Tratamiento de trastornos o afecciones congénitas o genéticas. Esta exclusión no se aplica al beneficio de Atención que No es de Emergencia;

8. Tratamiento electivo, Tratamiento no requerido para el alivio inmediato del dolor y el sufrimiento, o que podrían posponerse razonablemente hasta que Usted regrese a Su País de Origen. Esta exclusión no se aplica a la Sección B "Beneficios que No son de Emergencia";

9. cualquier Lesión o Enfermedad para la que Nosotros le hemos solicitado que Usted regrese a Su País de Origen para recibir Tratamiento según se dispone en esta póliza o en cualquier otra póliza anterior;

10. Medicamentos no necesarios para el Tratamiento de Emergencia, que incluyen pero no se limitan a:
    a) Medicamentos "de venta libre" (como acetaminofén o remedios para el resfriado/alergia); o
    b) Medicamentos para la fertilidad; o
    c) anticonceptivos; o
    d) Medicamentos para la disfunción eréctil; o
    e) Medicamentos para la alopecia; o
    f) Medicamentos para dejar de fumar; o
    g) vacunas o inmunizaciones (excepto según se disponga específicamente en el beneficio de Inmunizaciones); o
    h) preparaciones, suplementos o inyecciones de vitaminas; o
    i) Medicamentos recibidos de manera preventiva o mantenimiento;

11. cirugías plásticas o cosméticas excepto:
    a) que sea el resultado de una Lesión cubierta;
    b) como resultado de una sustitución, extracción o reparación de una prótesis existente; o
    c) según lo disponga el beneficio AccessAbility (accesibilidad);

12. cualquier gasto efectuado:
    a) fuera del Período de Cobertura; o
    b) mientras Usted se encuentre en Su País de Origen (excepto como se describe en Cobertura para Excursiones fuera de Canadá en la página 2); o
    c) en relación con cualquier Lesión que ocurrió o fue Tratada, o Enfermedad que comenzó o fue diagnosticada o Tratada en Su País de Origen durante el Período de Cobertura;

13. suicidio, intento de suicidio, lesiones autoinfligidas, trastornos mentales o emocionales (incluidos pero no limitados al estrés, la ansiedad, ataques de pánico, depresión, trastornos alimentarios/problemas de peso), o Tratamiento psiquiátrico. Esta exclusión no se aplica a los beneficios de Hospitalización Psiquiátrica, Honorarios de Psiquiatría o Psicoterapia;

14. Sus acciones aunque estén alteradas o perjudicadas por Medicamentos, drogas, alcohol o embriagantes; toda reclamación médica relacionada con el uso de drogas o alcohol. Esta exclusión no se aplica a los beneficios de Hospitalización Psiquiátrica, Honorarios de Psiquiatría, Psicoterapia o Terapia para abuso de sustancias. Siempre que se adquiera un mínimo de 90 días de cobertura, esta exclusión no se aplica a los primeros $25.000 de ninguna reclamación;

15. Su operación de cualquier transporte de alquiler;

16. trasplantes de cualquier tipo;

17. participación en deportes profesionales;

18. participación en concursos de velocidad a motor;

19. operar cualquier tipo de aeronave o viajar como pasajero en cualquier vuelo no comercial;

20. operar cualquier forma de transporte motorizado en tierra o agua sin una licencia válida para el área donde opera;

21. Lesión, Enfermedad o muerte causada mientras Usted:
    a) esté entrenando o sirviendo en cualquier capacidad como miembro de una fuerza armada; o
    b) esté participando activamente en una conflicto de guerra; o
    c) esté participando en una actividad criminal.
    Esta exclusión no aplica si Usted sufre una Lesión dentro de las 48 horas posteriores al comienzo de las acciones de guerra en las que Usted no participó activamente;

22. cualquier pago anticipado, depósito, interés, financiamiento, cargo por pago atrasado o tarifa administrativa;

23. Lesión o Enfermedad relacionada con una advertencia para los viajeros emitida por el Gobierno de Canadá o el gobierno de Su País de Origen antes de la fecha de salida de cualquier excursión que estaba o continúa estando vigente para cualquier país, región o ciudad de destino en Su excursión. Esta exclusión solo se aplica a viajes fuera de Canadá;

24. viajar en contra del consejo médico de un Médico o con el propósito de obtener Tratamiento;

25. cualquiera de lo siguiente:
    a) exámenes o pruebas médicas para fines de inmigración, trabajo o viaje; o
    b) autorización médica; o
    c) llenado de formularios o documentos;

26. Su incumplimiento en aceptar o seguir el consejo, Tratamiento o Tratamiento recomendado por el Médico.

Las exclusiones 1 a 26 no se aplican al Beneficio de Repatriación de Restos (A13) ni al Beneficio de Entierro en el País Anfitrión (A14).

CONDICIONES GENERALES

Asignación de beneficios: Cuando la Compañía le haya pagado gastos o beneficios a Usted o en Su nombre en virtud de esta póliza, la Compañía tiene el derecho de recuperar, a sus expensas, cualquier beneficio a Su disposición o de cualquier fuente aplicable o póliza de seguro. Esta póliza también permite a la Compañía recibir, endosar y negociar pagos elegibles de esas partes en Su nombre.

Autopsia: En caso de Su muerte, la Compañía puede solicitar un examen o Autopsia sujeto a las leyes aplicables relacionadas con las autopsias.

Cambios en el contrato: Esta póliza es un contrato legal entre Usted y Nosotros. El presente, junto con cualquier endoso y documentos adjuntos, son el contrato completo. Ningún cambio en esta póliza es válido a menos que sea aprobado por escrito por uno de Nuestros funcionarios. Ningún agente tiene derecho a cambiar esta póliza ni a renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Cobertura secundaria: Los beneficios de esta póliza son secundarios a los que estén disponibles en virtud de cualquier otra póliza de seguro o plan válido y cobrable que Usted tenga el derecho de reclamar, incluido pero no limitados a un plan gubernamental de seguro médico, una cobertura grupal o personal de seguro de accidentes y Enfermedad o de atención médica/de salud extendida, cualquier seguro de automóviles o plan de beneficios, seguro de propietarios de vivienda, arrendatario u otro seguro contra riesgos múltiples, seguros que sean beneficio de tarjetas de crédito y otros seguros de viaje.
Específicamente para las lesiones sufridas como resultado de un accidente automovilístico en Ontario, si a Usted se le designa con una discapacidad catastrófica conforme la Lista de Beneficios de Accidentes según la Ley de Seguros de Ontario, después de que los beneficios se hayan pagado según esta póliza, dichos beneficios son secundarios a la Lista de Beneficios de Accidentes y la Compañía tiene derecho a invocar la disposición de Asignación de beneficios de esta póliza para recuperar los beneficios pagados en virtud de esta póliza.

Coordinación de beneficios: Todo pago realizado en virtud de esta póliza se coordinará con cualquier otro plan que proporcione una cobertura secundaria, de manera que los beneficios totales pagaderos en virtud de las pólizas o planes no superen 100% de los gastos elegibles efectuados.

Declaraciones juradas: Nosotros tenemos derecho a solicitar que los documentos de reclamación se presenten bajo juramento y que lo examinen a Usted bajo juramento con respecto a cualquier documento de reclamación presentado.

Derecho de recuperación: En el caso de que Usted no sea elegible para la cobertura, de que se paguen beneficios por error, de que se hagan pagos por encima del monto permitido según las disposiciones de esta póliza, de que se considere que una reclamación no es válida o los beneficios se reduzcan de acuerdo con cualquier disposición de la póliza, Nosotros tenemos el derecho de cobrarle a Usted cualquier suma que Nosotros hayamos pagado en Su nombre a proveedores médicos u otras partes y de solicitar el reembolso de Usted, Su patrimonio, a cualquier institución, aseguradora o persona a quien se le haya efectuado el pago.

Derecho de subrogación: Si Usted sufre una pérdida causada por un tercero, tenemos el derecho de subrogar Sus derechos de recuperación contra el tercero por cualquier beneficio pagadero a Usted o en Su nombre y, a Nuestro propio costo y en Su nombre, ejecutaremos los documentos necesarios y tomaremos medidas contra el tercero para recuperar dichos pagos. Usted no debe realizar ninguna acción ni firmar ningún documento después de la pérdida que perjudique Nuestro derecho a dicha recuperación.

Duplicación de pólizas: En el caso de que se emita más de una póliza para Usted, los beneficios estarán limitados a la cantidad máxima pagadera en virtud de una póliza y se emitirá un reembolso por la duplicación de Pólizas.

Examinación médica: En caso de una reclamación, la Compañía se reserva el derecho de que Usted sea examinado médicamente en un lugar y por un Médico aprobado a la exclusiva discreción de la Compañía.

Extensión de la Cobertura:

- Extensión automática: Su seguro se extenderá automáticamente más allá de Su Fecha de Terminación, como se muestra en Su Confirmación de la Póliza por:
  a) 72 horas si Su transportista común programado o automóvil privado se retrasa por avería mecánica, accidente de tránsito o mal tiempo; o
  b) la duración del tiempo que Usted no pueda viajar debido a razones médicas, incluida Su admisión como paciente hospitalizado en un Hospital, más 72 horas. Esta extensión automática no se aplica si Su internación como paciente hospitalizado es el resultado de afecciones psiquiátricas y Usted ha excedido el límite máximo del beneficio de Hospitalización Psiquiátrica.

- Extensión después de la salida: Si Usted decide extender Su Período de Cobertura después de Su fecha de inicio, comuníquese con el Administrador. Nosotros extenderemos Su cobertura en virtud de esta póliza más allá de Su Fecha de Terminación, siempre que:
  a) Su póliza no haya vencido; y
  b) el Período de Cobertura, incluyendo las extensiones, no exceda los 365 días; y
  c) Usted pague cualquier prima adicional requerida por dicha extensión.

Todas las extensiones están sujetas a la aprobación del Administrador o de la Compañía.

Incumplimiento de las obligaciones: Nosotros podemos elegir limitar o rechazar los pagos cuando:

a) Usted o la parte interesada en el pago sea negligente en el cumplimiento de cualquier obligación que recaiga sobre Usted o ellos y, por lo tanto, haya perjudicado los intereses de la Compañía.
b) Los hechos han sido:
    i. proporcionados incorrecta o insuficientemente; o
    ii. mal representados; o
    iii. falsificados.
c) Usted no busca Tratamiento inmediato y no sigue todos los consejos, recetas y órdenes de los Médicos después de sufrir una Lesión o Enfermedad.

Ley aplicable: Esta póliza se rige por las leyes de la provincia o del territorio donde se expidió la póliza. Cualquier acción o procedimiento contra la Compañía para la recuperación de reclamaciones de acuerdo con esta póliza debe iniciarse dentro de un plazo de dos años a partir de la fecha en que ocurrió la acción causal. Sin embargo, si esta limitación no es válida de acuerdo con las leyes de la provincia o el territorio donde se emitió la póliza, Usted debe iniciar cualquier acción legal dentro del plazo más breve permitido por las leyes de esa provincia o territorio. Salvo cualquier estipulación contraria contenida en esta póliza, esta póliza está sujeta a las condiciones establecidas en la Ley de Seguros con respecto a los contratos de seguros de accidentes y Enfermedad.

Limitación de responsabilidad: La responsabilidad de la Compañía en virtud de esta póliza se limita únicamente al pago de beneficios elegibles, hasta el monto máximo por cualquier pérdida o gasto. Al momento de realizar pagos en virtud de esta póliza, la Compañía y/o el Administrador no asumen ninguna responsabilidad por la disponibilidad, calidad ni resultados de los Tratamientos o por Su incapacidad de obtener Tratamiento o transporte y no pueden ser considerados responsables de ninguna negligencia, acto ilegal u omisión por parte de ningún proveedor de servicios.

Moneda: Todas las primas y beneficios en virtud de esta póliza son pagaderos en moneda canadiense, según el tipo de cambio en la fecha en que el gasto fue pagado y cotizado por la institución financiera seleccionada por el Administrador. A Nuestra elección, Nosotros podemos pagar una reclamación de beneficios en la moneda del lugar donde ocurrió la pérdida.

Ocultamiento y tergiversación: La cobertura completa se anulará, si antes, durante o después de una pérdida, cualquier hecho o circunstancia material relacionado con esta póliza ha sido ocultado o tergiversado.

Pago de la prima: La prima se calcula usando las tasas de primas más actualizadas en la fecha en que Usted solicita la cobertura, con base en Su edad en la Fecha Efectiva. La prima completa se considera vencida y pagadera cuando Usted presenta la solicitud del seguro. Si por cualquier motivo la prima pagada por la cobertura solicitada es incorrecta, Nosotros:

a) cobraremos y recolectaremos la diferencia; o
b) acortaremos el Período de Cobertura si no se puede cobrar una prima pendiente; o
c) reembolsaremos cualquier pago en exceso.

La Cobertura quedará nula y sin validez si por cualquier razón Su pago no es aceptado por la institución financiera. Nos reservamos el derecho de rechazar cualquier solicitud de seguro.

Reembolso de la prima: Además del Derecho de Revisión de 10 días, los reembolsos se calculan en forma prorrateada a partir de la fecha del matasellos en Su solicitud escrita o de la fecha en que la solicitud haya sido recibida por fax o por correo electrónico por el Administrador. Si esta póliza es cancelada antes de la Fecha Efectiva, Usted recibirá un reembolso completo de las primas pagadas. Si esta póliza se cancela por cualquier otro motivo o se cancela después de la Fecha Efectiva, se aplicará una tarifa administrativa de $25. Todos los reembolsos están sujetos a un monto mínimo de reembolso de $10. No se pagarán reembolsos si hay una reclamación en contra de la póliza o en la devolución de la cobertura de reemplazo GHIP de 90 días de los canadienses que regresan. Esta póliza no es transferible. Todos los reembolsos tienen un período de espera.

Registros médicos: En el caso de una reclamación, Usted acepta proporcionar acceso, y Nosotros nos reservamos el derecho de revisar todos y cada uno de los Registros médicos o la documentación relacionada con Su(s) reclamo(s) de cualquier Médico, Dentista, profesional de la medicina, Hospital, clínica, aseguradora, individuo, institución u otro proveedor de servicios relacionados con la validez de Su reclamación.

Sumas de los beneficios: Las sumas de los beneficios descritos en la Póliza rigen por un período de 365 días, exceptuando el beneficio de Hospitalización Psiquiátrica (A6) y el beneficio de Honorarios de Psiquiatría (A7), que tienen un Máximo de Por Vida. Independientemente del número de pólizas que Usted compre en un período de 365 días, las sumas de los beneficios no se renuevan hasta que hayan transcurrido 365 días a partir de la Fecha Efectiva de la póliza original que se adquirió y posteriormente en la fecha del aniversario de cada año.

Terminación por nuestra parte: Nosotros podemos terminar este contrato en cualquier momento por medio de una notificación escrita de terminación que se le entregaría a Usted. Las primas no usadas serán reembolsadas en caso de que no se haya pagado ninguna reclamación ni haya pendientes. Se puede enviar un aviso de finalización a Usted o Su agente autorizado por correo, fax o correo electrónico. Se le otorgarán cinco días de notificación de terminación, efectivos a partir de la fecha de envío por correo postal, fax o correo electrónico.

DEFINICIONES

Accidente/Accidental hace referencia a un evento externo repentino, inesperado, imprevisible, inevitable que le cause, directa e independientemente de toda otra causa, Lesiones corporales a Usted durante el Período de Cobertura.

Administrador hace referencia a Travel Healthcare Insurance Solutions Inc., que opera como guard.me International Insurance(GuardMe).

Afección Médica hace referencia a cualquier Enfermedad, padecimiento o Lesión, incluidos los síntomas de afecciones no diagnosticadas.

Compañía, Nosotros, Nos, Nuestro hace referencia a Old Republic Insurance Company of Canada.

Confirmación de la Póliza hace referencia al documento que confirma la cobertura de seguro que Usted ha comprado, con la indicación del número de Su póliza, Su fecha de compra, Su Fecha Efectiva y Su Fecha de Terminación. Este documento establece Su Período de Cobertura y forma parte integral del contrato de la póliza.

Condición Preexistente hace referencia a cualquier Afección Médica que exista antes de Su Fecha Efectiva.

Dentista hace referencia a un Médico en odontología calificado y autorizado legalmente para ejercer la odontología en un lugar donde se prestan servicios odontológicos pero no puede ser Usted ni ningún Familiar.

Dispositivo Correctivo hace referencia a un dispositivo que Usted requiere por el consejo de un Médico, para corregir una discapacidad física debilitante y sin el que a Usted le sería físicamente imposible continuar Sus estudios o Sus responsabilidades docentes en la institución educativa en la que Usted está inscrito o en la que enseña. Dispositivos correctivos incluyen miembros prostéticos, sillas de ruedas, perros guía y aparatos de audición, pero NO incluyen anteojos.

Emergencia hace referencia a cualquier Enfermedad o Lesión inesperada que ocurra inicialmente durante el Período de Cobertura que requiera Tratamiento inmediato para aliviar el dolor agudo y el sufrimiento. Una Emergencia ya no existe una vez que Su condición se ha estabilizado o cuando la evidencia médica obtenida por Nuestro asesor médico y Su Médico tratante local confirman que Usted puede regresar a Su País de Origen para recibir Tratamiento adicional.

Enfermedad hace referencia a la aparición repentina de una Enfermedad o dolencia que ocurre por primera vez mientras este seguro esté vigente y requiere que Usted busque Tratamiento de Emergencia.

Estable: hace referencia a una Afección Médica cuando:

1. no se ha prescrito o recomendado ningún Tratamiento nuevo, o cambio(s) al Tratamiento existente (incluida una interrupción en el Tratamiento); y
2. no ha habido ningún cambio en ningún Medicamento prescrito existente (incluido un aumento, disminución o interrupción de la dosis prescrita), ni ninguna recomendación o inicio de un nuevo Medicamento prescrito; y
3. la Afección Médica no ha empeorado; y
4. no ha habido ningún síntoma nuevo, más frecuente o severo; y
5. no ha habido hospitalización o derivación a un especialista; y
6. no se han recomendado pruebas, investigaciones o Tratamientos, pero aún no se han completado, ni hay resultados de pruebas pendientes; y
7. no hay Tratamiento planificado o pendiente.

Deben cumplirse todas las condiciones anteriores para que una Afección Médica se considere Estable.

Familiar hace referencia a su cónyuge, padre, padrastro, abuelo, suegros, hijo natural o adoptado, hijastro, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, tía, tío, sobrina o sobrino.

Fecha de Terminación hace referencia la fecha en que termina Su cobertura en virtud de esta póliza.

Fecha Efectiva hace referencia a la fecha en que empieza Su cobertura en virtud de esta póliza (vea la página 1 – Período de Cobertura).

Hospital hace referencia a una institución autorizada, dotada de personal y operada para la atención y el Tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios. El Tratamiento debe ser supervisado por Médicos y debe haber enfermeras tituladas de guardia las 24 horas del día. En las instalaciones o instalaciones controladas por el establecimiento, también debe haber capacidades diagnósticas y quirúrgicas. Un Hospital no es un establecimiento utilizado principalmente como clínica, centro de cuidados paliativos o extendidos, centro de rehabilitación, centro de Tratamiento de adicciones, hogar de convalecencia, hogar de reposo u hogar de ancianos, hogar para ancianos o spa de salud.

Lesión hace referencia a lesiones corporales infringidas a Usted causadas por un Accidente que ocurren por primera vez durante el Período de Cobertura.

Máximo de Por vida significa el límite de beneficios que se aplica a todas **las pólizas de GuardMe** que le hayan sido emitidas. Esta cantidad no se restablece con cada nueva póliza.

Médicamente Necesario hace referencia a los servicios o suministros que se le proporcionan a Usted y que son necesarios para identificar o Tratar Su Enfermedad o Lesión de Emergencia y que son necesarios para aliviar un dolor agudo o sufrimiento; o con respecto a los servicios Hospitalarios, aquellos que no se le pueden proporcionar a Usted con seguridad como paciente ambulatorio.

Medicamento hace referencia a un Medicamento que se considera Médicamente Necesario para el Tratamiento o alivio de una Lesión o Enfermedad de Emergencia y que se puede obtener solamente con una prescripción extendida por un Médico o un Dentista.

Médico hace referencia a una persona que no es Usted, ni Su Familiar y que tiene licencia legal para practicar medicina en la jurisdicción donde se prestan los servicios para recetar y administrar Tratamiento médico.

País de Origen hace referencia al país donde Usted mantuvo una residencia permanente antes de Usted venir a Canadá.

Período de Cobertura hace referencia al período de tiempo desde la Fecha Efectiva hasta la Fecha de Terminación (vea la página 1 – Período de Cobertura).

Psiquiatra hace referencia a un Médico en psiquiatría calificado, autorizado legalmente para ejercer la medicina psiquiátrica en un lugar en donde se prestan servicios psiquiátricos. El profesional no puede ser Usted ni ningún Familiar.

Razonable y Usual significa las cantidades usualmente cobradas por Tratamientos, servicios o suministros para proporcionar el nivel requerido de cuidado de acuerdo con la gravedad de la condición que se está Tratando, en la ubicación geográfica donde el Tratamiento, servicios o suministros se están proporcionando.

Tratar, Tratado o Tratamiento hacen referencia a un procedimiento prescrito, realizado o recomendado por un Médico para una Afección Médica. Esto incluye, entre otros, Medicamentos prescritos, pruebas de investigación y cirugía.

Usted o Su hacen referencia a toda persona elegible que presenta una solicitud y el pago correspondiente para la cobertura de esta póliza y que recibe la aceptación de cobertura del Administrador por medio de una confirmación o una Tarjeta de identificación de póliza válida.

En esta póliza, las palabras y los términos que denotan el singular se interpretarán en el sentido de plural y viceversa, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

1. Usted **debe llamar** al número de asistencia de emergencia que se muestra en la página 12 **ANTES de ser admitido en el Hospital como paciente hospitalizado y para obtener la aprobación previa por escrito ANTES de incurrir en cualquier gasto por lo siguiente:**

   - Pruebas diagnósticas especializadas
   - Cirugía
   - Repatriación o entierro
   - Lesión Dental
   - Evacuación aérea
   - AccessAbility (accesibilidad)

2. Presente Su Tarjeta de Acceso para Atención Médica **GuardMe** a Su proveedor de servicios médicos con una identificación de fotografía válida.

3. Complete un formulario de reclamación por cada Enfermedad o Lesión nueva cuando se Trate por primera vez. Si es posible, llévelo con Usted a Su primera cita. Los formularios de reclamación se proporcionan con cada Tarjeta de Acceso para Atención Médica emitida. Usted puede obtener una copia de Su Tarjeta de Acceso para Atención Médica y/o formulario de reclamación en Su escuela/organización o iniciando sesión en “My Account” (mi cuenta) o en el micrositio **GuardMe** de Su escuela o en Nuestro sitio web: **www.guard.me**

4. Dentro de los 30 días posteriores al primer gasto médico, inicie sesión en “My Account” (mi cuenta) en el micrositio **GuardMe** de Su escuela o en **www.guard.me** para presentar Su reclamación electrónica. Usted también puede enviar por correo Su formulario de reclamación completo a:

   GuardMe Claims
   80 Allstate Parkway
   Markham, Ontario L3R 6H3 Canadá

   Todas las reclamaciones deben contener:
   - El formulario de reclamación completo;
   - Cobros, facturas y recibos originales desglosados. Para los servicios paramédicos, se deben presentar las facturas individuales y los pagos por cada visita.
   - Informes médicos e informes de la sala de Emergencias, incluidos pero no limitados a resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, informes quirúrgicos y de alta.

   Recuerde guardar una copia para sus archivos.

5. En caso de una reclamación por fallecimiento, el beneficiario u otras personas con derecho de reclamar deben llamar al Administrador para dar aviso de la reclamación. Los detalles de la reclamación se deben presentar con un certificado de defunción original u otra constancia de defunción aceptable para Nosotros.

En todos los casos de reclamación, Usted, un beneficiario con derecho a presentar una reclamación, o el agente de cualquiera de ellos, deberán:

a) dar notificación por escrito de la reclamación, incluido un formulario de reclamación completo y los originales de todas las facturas al Administrador, a más tardar 30 días a partir de la fecha en que surge una reclamación bajo el contrato; y
b) dentro de los 90 días a partir de la fecha en que surge una reclamación en virtud del contrato, proporcione al Administrador la prueba que sea razonablemente posible dadas las circunstancias; y
c) si así lo requiere el Administrador, presente un certificado satisfactorio en cuanto a la causa o la naturaleza de la pérdida por la cual se realiza una reclamación según la póliza.

La falta de notificación o de la presentación de pruebas de la reclamación dentro del plazo indicado anteriormente no anula la reclamación si se presenta o entrega la notificación o pruebas tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, más de un año después de la fecha del evento o pérdida.

Las reclamaciones no se pueden tomar en consideración a no ser que el formulario de reclamación esté completamente lleno y firmado por el reclamante y presentado con toda la documentación ORIGINAL requerida que debe ser presentada a Nosotros sin costo.

Pagos por reclamación
Nosotros pagaremos todas las reclamaciones cubiertas una vez recibida toda la información necesaria requerida para evaluar con precisión Su reclamación.

Todas las reclamaciones elegibles están sujetas a un monto mínimo de reembolso de $10. En caso de que el reembolso de una reclamación sea inferior a $10, el monto se retendrá hasta el momento en que todas las reclamaciones presentadas superen los $10.

Todos los beneficios son pagaderos a Usted a no ser que Usted asigne Su derecho de pago directamente al proveedor del servicio u otro cesionario nombrado. En el caso de Su muerte, todos los beneficios son pagaderos al beneficiario que indique Usted. Si Usted no designó un beneficiario, los beneficios serán pagados al primero de los siguientes beneficiarios preferenciales sobrevivientes:

1. Su cónyuge;
2. Su hijo/a o hijos/as en forma conjunta;
3. Sus padres, en forma conjunta, si ambos aún viven o al progenitor sobreviviente si solamente sobrevive uno;
4. Sus hermanos y hermanas en forma conjunta; o
5. Su patrimonio.

Los pagos de beneficios no incluyen el pago de ningún interés.

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

Comuníquese con la línea gratuita de asistencia de emergencia 24 horas al día, llamando a:

- Norteamérica: 1-888-756-8428
- Llame por cobrar fuera de Norteamérica al +1-905-752-6230

1. dentro de las 24 horas posteriores a Su admisión en un Hospital o si está incapacitado, tan pronto como sea razonablemente posible;
2. para cualquier beneficio que requiera una aprobación previa;
3. para cualquier excursión, antes de efectuar CUALQUIER gasto médico.

No notificar al Administrador, como se requiere, limitará nuestra responsabilidad al 50% de los gastos elegibles efectuados.

PRIVACIDAD

La Compañía se compromete a proteger Su privacidad. La recopilación de información personal es esencial para nuestra capacidad de ofrecerle a Usted productos de seguros y servicios de alta calidad. La información proporcionada por Usted solamente se usará para determinar Su elegibilidad para la cobertura de la póliza, evaluar los riesgos del seguro, administrar y adjudicar reclamaciones, y negociar o realizar pagos a terceros. Esta información se podrá divulgar con terceros como otras compañías de seguros, organizaciones de salud y planes gubernamentales de seguros médicos a fin de adjudicar y procesar reclamaciones. En el caso de que Nosotros debamos divulgar Su información con un tercero que lleve a cabo negocios fuera de Canadá, existe la posibilidad de que esta información pudiese ser obtenida por el gobierno del país donde el tercero opera. Somos muy cuidadosos de mantener Su información personal exacta, confidencial y segura.

Nuestra política de privacidad se rige por estándares estrictos a la hora de recopilar, usar, divulgar y almacenar información personal. Si Usted tiene alguna pregunta sobre la política de privacidad de la Compañía, visite **www.orican.com/privacy** o comuníquese con Nuestro Oficial de Privacidad escribiendo a **privacy@orican.com** o llame al 1-800-530-5446.

Suscrito por:
Old Republic Insurance Company of Canada
Box 557, 100 King Street West
Hamilton, Ontario L8N 3K9 CANADÁ

Jason Smith, CPA, CA
Presidente y director ejecutivo
Abril de 2023
GuardMe K-12 042023

Anexo B

GuardMe

Responsabilidad civil ante terceros para estudiantes extranjeros

Beneficio Máximo de un millón de dólares ($1.000.000)

Ciertos términos en mayúscula utilizados en este Seguro tienen significados específicos y se definen a continuación, en la Sección V. DEFINICIONES.

I. COBERTURA

Este Anexo B del seguro se incluye para el Período de Cobertura de la póliza **GuardMe** tras el pago total de la prima correspondiente a este Anexo B.

Este Anexo B provee seguro por Su Responsabilidad Legal por Lesiones Corporales o Daños a la Propiedad de las instalaciones o bienes de la Familia Anfitriona, que surjan por Sus acciones personales, tal como se describe en el punto II, a continuación.

En caso de entablarse una demanda legal en Su contra, la Aseguradora pagará todas las sumas que Usted tenga la obligación legal de pagar, como daños compensatorios, debido a Lesiones Corporales o Daños a la Propiedad de las instalaciones o bienes de la Familia Anfitriona, que surjan de sus acciones personales en el País Anfitrión. El seguro cubre hasta el Beneficio Máximo de un millón de dólares ($1.000.000), por un período de 365 días.

II. Propietario de la Vivienda de la Familia Anfitriona/ Otra Cobertura de Seguro Aplicable:

Esta cobertura aplica mientras Usted esté viviendo en Su País Anfitrión. Si alguna de Sus acciones resulta en una reclamación elegible conforme a una póliza de seguro, válida y cobrable, del propietario de la vivienda de Su Familia Anfitriona o una póliza de seguro similar que cubra daños a la propiedad de Su residencia temporal, Nosotros pagaremos la pérdida incurrida hasta el monto del deducible conforme a la póliza del propietario de la vivienda de Su Familia Anfitriona (o una póliza de seguro similar), que no exceda los mil dólares ($1000) por un período de 365 días. Nosotros pagaremos el beneficio de conformidad con esta disposición solo después de que Usted nos haya entregado prueba fehaciente del monto del daño incurrido a la propiedad.

Con respecto a los puntos I. y II. anteriores, Usted está cubierto hasta el Beneficio Máximo por:

1. La compensación que Usted debe pagar, según lo apruebe la Compañía, por cualquier acuerdo o veredicto legal; y
2. Los honorarios legales relacionados previamente aprobados por la Compañía, por Su representación en cualquier proceso judicial. La representación legal debe realizarse por una persona o personas que no sean Miembros de su Familia Inmediata y debe ser previamente aprobada por Nosotros.

La responsabilidad máxima de la Compañía para cualquier acuerdo negociado o pago ordenado por un tribunal es lo que resulte menor de:

1. El acuerdo negociado o pago ordenado por un tribunal más todos los costos y desembolsos legales relacionados; o,
2. El Beneficio Máximo.

Por cualquier cargo de defensa presentado en Su contra bajo el Código Penal o legislación similar, nuestra responsabilidad de proporcionar Costos de Defensa Legal está limitada a un máximo de veinticinco mil dólares ($25.000) por cualquiera de Sus acciones las cuales se alega que ocurrieron durante el Período de Cobertura bajo este seguro.

Le indemnizaremos solamente si:
1. Las autoridades responsables de presentar los cargos retiran todas las acusaciones, o
2. A Usted se le declara inocente de los cargos después de un juicio o adjudicación final.

Tendremos el derecho de tomar el control y llevar a cabo la defensa de cualquier acción legal entablada en Su contra y resolver dicha acción en Su nombre.

III. CONDICIONES Y LIMITACIONES

1. No se deberá hacer ninguna admisión, oferta, promesa o indemnización sin Nuestro consentimiento.
2. Usted está obligado a tomar todas las medidas posibles para evitar y minimizar la pérdida, lo que incluye notificarnos lo más pronto posible y proporcionarnos toda la información respecto a las circunstancias que rodeen una posible reclamación.
3. Usted deberá proporcionar toda la información y ayuda que Nosotros le solicitemos. Nos deberá entregar copias de todas las cartas, alegatos y otros documentos y materiales relevantes que Usted reciba.
4. Nosotros podemos, a Nuestra total discreción, respecto a este seguro cubierto, pagarle a Usted el Beneficio Máximo aplicable, menos cualquier suma ya pagada, o cualquier suma menor por la cual la(s) reclamación(es) se pueda(n) resolver. De allí en adelante, Nosotros no tendremos ninguna responsabilidad adicional, excepto que cuando el Beneficio Máximo no se haya pagado, Nosotros pagaremos los costos y desembolsos legales, los cuales hayan sido aprobados previamente por nosotros hasta los límites restantes del Beneficio Máximo.
5. Los beneficios pagaderos son adicionales a cualquier seguro de propietario de vivienda, arrendatario u otro seguro, y todas las demás fuentes de recuperación. Si Usted, Su Familia Anfitriona o cualquier tercero dispone de otro seguro para una pérdida cubierta conforme a este seguro, Nuestras obligaciones conforme a este seguro son adicionales a dicho seguro. En ninguna circunstancia este seguro se aplicará sino hasta que cualquier otro seguro haya pagado su límite de seguro aplicable.
6. Usted nos deberá avisar en el momento en que por primera vez le notifiquen que se ha entablado una acción/ demanda legal en Su contra.
   Nos puede contactar para consultas relacionadas con reclamaciones en:
   Correo electrónico: claims@zurich.com
   Dirección: Zurich Canada
   First Canadian Place, 100 King Street West
   Suite 5500, P.O. Box 290
   Toronto, Ontario M5X 1C9 Canadá
   Línea de consulta para clientes: 1-866-345-3454
7. Ley aplicable: Este seguro está regido por las leyes de la provincia de Ontario y está sujeta a las disposiciones de

la Insurance Act (Ley de Seguros) con respecto a los contratos de seguros celebrados en Ontario.

8. Sanciones: No se pagarán beneficios bajo este seguro por ninguna pérdida o gasto incurrido debido a, o como resultado de, Su viaje a un país sancionado por cualquier negocio o actividad que viole cualquier ley o regulación canadiense o cualquier otra ley o regulación nacional aplicable sobre sanciones económicas o comerciales.

IV. EXCLUSIONES

A. No existe cobertura para ninguna reclamación o acción presentada que se derive o surja de:

1. Guerra, invasión, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar;
2. Cualquier reclamación que surja directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, de actos de Terrorismo o por una actividad o decisión de una agencia gubernamental u otra entidad para prevenir, responder o terminar con el Terrorismo independientemente de cualquier otra causa o suceso que contribuya simultáneamente o en cualquier secuencia a la pérdida o el daño;
3. Su participación en disturbios o insurrección;
4. El uso de cualquier arma;
5. Lesiones Corporales o Daños a la Propiedad los cuales requieran ser asegurados bajo una póliza de responsabilidad contra energía nuclear emitida por la Nuclear Insurance Association of Canada (Asociación de Seguros Nucleares de Canadá), o cualquier otro grupo o consorcio de aseguradoras;
6. a. abuso sexual, físico, psicológico o emocional, abuso o acoso, incluyendo castigo corporal realizado o dirigido por Usted, o con Su conocimiento; o
   b. que Usted no tome las medidas necesarias para evitar el abuso sexual, físico, psicológico o emocional, abuso o acoso, o castigo corporal;
7. Su transmisión de alguna dolencia o enfermedad;
8. Daño causado porque Usted cometa o intente cometer un acto doloso, ilegal o malicioso;
9. Actividades empresariales;
10. Prestar o dejar de prestar algún servicio profesional;
11. Propiedad que Usted venda, rente, arriende o preste para el uso de terceros;
12. Daño a causa de uso o desgaste;
13. Daño causado por animales de Su propiedad o que estén bajo Su cuidado;
14. a. borrar, destruir, corromper, malversar, malinterpretar datos;
    b. crear, modificar, introducir, eliminar o usar datos de manera errónea, incluida cualquier pérdida de uso que surja a causa de estas acciones o sucesos; o
    c. la distribución o exhibición de datos por medio de un sitio web en Internet, Internet, una Intranet, extranet, o un dispositivo o sistema similar diseñado o destinado para la comunicación electrónica de datos;
    d. el acceso o la divulgación de información confidencial o personal de cualquier persona y organización, incluyendo, pero no limitado a, patentes, secretos comerciales, métodos de procesamiento, listas de clientes, información financiera, información de tarjetas de crédito, información de salud o cualquier otro tipo de información personal o no pública.
15. La propiedad, el uso (incluida la carga o descarga) u operación de cualquier automóvil, embarcación, aeronave, vehículo motorizado o remolque unido a cualquiera de los antes mencionados;
16. La ocupación o propiedad de cualquier terreno o inmueble, excepto cualquier inmueble que Usted ocupe temporalmente durante el Período de Cobertura de la Póliza;
17. El uso indebido de drogas, alcohol o cualquier medicamento que resulte directa o indirectamente en una condición que puede causar una reclamación;
18. Gastos que sean recuperables o que se podrían haber recuperado de otra fuente, incluyendo, pero no limitados a, cualquier individuo, grupo o plan de seguro médico privado prepagado de empleado, cobertura de tarjeta de crédito o plan de seguro médico gubernamental o plan/póliza de responsabilidad civil ante terceros;
19. Fraude, encubrimiento o declaración falsa deliberada en relación con cualquier asunto que afecte a este seguro o en relación con la presentación de una reclamación aquí establecida; y
20. Su viaje a o dentro de un país, ciudad o región enumerada en cualquier nivel de advertencia para viajeros que haya sido emitida por Su País de Origen o Su País Anfitrión con la finalidad de advertir a los residentes para que no viajen.

B. Tampoco se proveerá cobertura en relación con las reclamaciones y/o acciones entabladas:

1. Por Su Familia Inmediata;
2. Por alguna persona que es empleada por Usted;
3. Por daños punitivos o ejemplares.

V. DEFINICIONES

Accidente/Accidental significa un evento externo repentino, inesperado, imprevisible, inevitable que cause directa e independientemente de toda otra causa, lesiones corporales a un Asegurado durante el Período de Cobertura.

Administrador del Plan significa Zurich Insurance Company Ltd (sucursal canadiense).

Asegurado, Usted o Su significa toda persona Elegible que presenta una solicitud y el pago correspondiente para la cobertura bajo esta Póliza y que recibe la aceptación de cobertura de Nuestro Administrador del Plan por medio de una confirmación o una tarjeta de identificación de póliza válida.

Beneficio Máximo significa la cantidad declarada como el límite pagadero por cualquier beneficio en particular y es aplicable a los servicios recibidos durante el Período de Cobertura. Independientemente de la cantidad de pólizas emitidas durante un plazo de 365 días, los Beneficios Máximos no se renuevan para Períodos de Cobertura subsiguientes hasta que:

a. Hayan transcurrido 365 días a partir de la Fecha Efectiva de la póliza original que se adquirió y de allí en adelante en la fecha del aniversario de cada año; o
b. La Fecha Efectiva de un nuevo Período de Cobertura, siempre y cuando sea más de 365 días después de la Fecha Efectiva del Período de Cobertura original que aparece en la primera póliza.

Cónyuge significa Su cónyuge, con el que está legalmente casado, o una persona con la que Usted ha estado viviendo y que es representada públicamente como Su cónyuge.

Daños a la Propiedad significa:
1. Daño físico a, o destrucción de, la propiedad tangible;
2. Pérdida del uso de la propiedad tangible.

Elegible significa una persona menor de 65 años que viaja fuera de Su País de Origen (o un(a) canadiense que regresa a Canadá) como estudiante, docente, maestro, acompañante, participante en intercambios educativos.

Familia Anfitriona significa la(s) persona(s) o la familia con la que Usted está viviendo como estudiante mientras está en Canadá, fuera de Su País de Origen.

Familia Inmediata significa Su cónyuge, padre/madre, tutor legal, padrastro/madrastra, abuelo/abuela, nieto/nieta, parientes políticos, hijo natural o adoptado, hijastro/hijastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, tía, tío, sobrina, sobrino o un Cuidador empleado para hijos dependientes solteros menores de 19 años de edad.

Fecha de Terminación significa la fecha en que termina Su cobertura bajo este seguro. Su cobertura finaliza en la última de las fechas

a. especificadas como la Fecha de Terminación en la Solicitud, o
b. de terminación de cualquier extensión de esta Póliza. Si Usted retorna a Su País de Origen, por cualquier otra razón que no sea la que se define en la cobertura del País Anfitrión, la cobertura termina a partir de la fecha de su retorno a Su País de Origen.

Fecha Efectiva significa la fecha en que empieza Su cobertura bajo esta Póliza. La Cobertura empieza en la última fecha y hora indicadas

a. en que se haya pagado la prima requerida; o
b. la fecha que Usted solicita como Fecha de Inicio en Su Solicitud; o
c. la fecha en que Usted abandona Su País de Origen para estudiar en Canadá o
d. para los canadienses que regresan, la fecha en que regresan a Canadá.

Lesiones Corporales significa daños corporales, enfermedad o padecimiento o pérdida de la vida.

Nosotros, Nos, Nuestro hace referencia a Zurich Insurance Company Ltd

País Anfitrión significa Canadá, el país en el que Usted está viviendo temporalmente como estudiante mientras está fuera de Su País de Origen. Sujeto a cualquier reclamo o demanda que se presente únicamente en Canadá, el País Anfitrión, incluirá cualquier otro país mientras Usted se encuentra en una asignación laboral temporal o en un programa de intercambio relacionado con sus estudios en Canadá.

País de Origen significa el país donde el Asegurado reside permanentemente.

Período de Cobertura significa el período de tiempo durante el que Usted está asegurado con los beneficios proporcionados por este seguro, empezando a las 12:01 a. m. de la Fecha Efectiva, hasta las 12:00 de la media noche en cualquiera de las fechas

a. especificadas como la Fecha de Terminación en la Solicitud, o
b. de terminación de cualquier extensión de esta Póliza. Si Usted retorna a Su País de Origen por cualquier otra razón que no sea mientras se encuentra en una asignación laboral temporal o en un programa de intercambio relacionado con sus estudios en Canadá. El Período de Cobertura máximo, incluyendo las extensiones, equivale a 365 días consecutivos a partir de la Fecha Efectiva.

Responsabilidad Legal significa la responsabilidad que el tribunal reconoce y hace cumplir entre personas que se demandan entre sí.

Todas las demás definiciones, condiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de la Póliza **GuardMe** son aplicables.

AVISO DE CONSENTIMIENTO DE PRIVACIDAD

Al enviar la información solicitada, la cual puede incluir, pero sin limitarse a, el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y la información médica de una persona, Usted acepta y garantiza que ha obtenido el consentimiento correspondiente de dicha persona para divulgar su información personal a Zurich Insurance Company Ltd y sus subsidiarias y afiliadas ubicadas en su país de residencia o en el extranjero (colectivamente, "Zurich"), para la recopilación, el almacenamiento, el uso, la divulgación y el procesamiento de dicha información personal que pueda ser necesaria para los fines de obtener y administrar la(s) cobertura(s) de seguro solicitada(s), incluyendo, pero sin limitarse a, la evaluación de riesgos, la ejecución de la póliza, la fijación de primas, el cobro de primas, el ajuste de reclamaciones, la administración, la investigación y la liquidación, la prevención, detección y supresión de fraudes, o la evaluación estadística. Usted también acepta y garantiza que ha obtenido el consentimiento de la persona para que Zurich divulgue su información personal a terceros, según sea necesario para, y en relación con, los fines indicados anteriormente, incluidos reaseguradores, administradores de terceros, corredores, agentes, liquidadores de siniestros, reguladores u otros organismos gubernamentales o públicos, autoridades fiscales, asociaciones industriales, otras aseguradoras, y otros terceros involucrados en la prestación de servicios de seguros ("Terceros").

Zurich se compromete a proteger la privacidad y la confidencialidad de la información proporcionada. La información personal puede ser procesada y almacenada de forma segura en las oficinas de Zurich y de Terceros autorizados, tanto en jurisdicciones nacionales como extranjeras fuera de Canadá y está sujeta a las leyes aplicables.

Zurich podrá retener información personal, según sea necesario, para cualquiera de los fines indicados anteriormente, o según sea necesario para cualquiera de los fines indicados anteriormente o, según sea necesario, para cumplir con las obligaciones legales y reglamentarias de Zurich, resolver disputas, y hacer cumplir los acuerdos de Zurich. Las personas pueden solicitar la revisión de la información personal que Zurich mantiene sobre ellas, y realizar correcciones escribiendo a: Privacy Officer, Zurich Insurance Company Ltd (Canadian Branch), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9 Canadá o enviando un correo electrónico a privacy.zurich.canada@zurich.com.

Las personas pueden negarse a dar su consentimiento o retirar su consentimiento para la recopilación, almacenamiento, uso, divulgación o procesamiento de su información personal; sin embargo, su negativa a dar su consentimiento puede resultar en que Zurich no pueda ofrecer ni administrar la cobertura de seguro, o impedir que Zurich pueda pagar cualquier beneficio de reclamaciones pagadero bajo la póliza.

Por favor comuníquese con el Oficial de privacidad de Zurich para obtener más información sobre la recopilación, el uso, la divulgación, el procesamiento y el almacenamiento de la información personal, o para realizar cualquier queja por correo electrónico a privacy.zurich.canada@zurich.com. Nuestra Política de privacidad está disponible en https://www.zurichcanada.com/en-ca/about-zurich/privacy-statement.

A los efectos de la Insurance Companies Act (Ley de Compañías de Seguros) (Canadá), este documento se emitió en el curso de la actividad de seguros de la Compañía en Canadá.

[Firma]

Jefe de seguros, Canadá
Representante autorizado