



PORQUE USTED NECESITA ESTA POLIZA

Aunque los Estados Unidos ofrece el mejor cuidado médico disponible, muchas veces entenderlo es complicado al igual que muy costoso. Para el visitante o el nuevo inmigrante a los Estados Unidos, la ubicación de una póliza que sea fácil de comprender y de precio aceptable muchas veces es difícil.

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

Esta es una breve descripción del plan Inbound Immigrant. Una descripción más detallada está resumida en el certificado original, que se le entregará después de comprar la póliza.

ELEGIBILIDAD

Este plan es disponible a ciudadanos no Americanos, quienes vienen a los Estados Unidos por razones de negocio, recreo, estudios o para inmigrar. Este plan debe iniciarse dentro de los primeros 24 meses después de su llegada a los Estados Unidos.

PLAZO DE COBERTURA

Usted puede suscribirse en Inbound Immigrant por periodos de 1 a 12 meses. Para mantener la opción de renovación debe suscribirse al plan Inbound Immigrant por un periodo mínimo de 3 meses, a la prima vigente para el periodo de renovación. El periodo total de la cobertura para el plan Inbound Immigrant no debe exceder de 60 meses, y no podrá suscribirse de nuevo bajo este mismo plan.

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

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

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

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

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

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

LISTADO DE BENEFICIOS

Cuando usted requiera de tratamiento medico, este plan proveerá beneficios por gastos medico, U & C (precio usual y razonable), que se detallan a continuación, después del pago del deducible individual (\$75 o \$150, o un deducible de \$250 para asegurados con edades comprendidas de 70 en adelante) por lesión o enfermedad y las cuales se incurran dentro de las 52 semanas después de la lesión o enfermedad (dentro de 32 semanas para aquellos asegurados de 70 años o más). El pago de cualquier servicio cubierto se limitará al monto aquí representado. El total pagable no excederá de \$50,000 o \$100,000 por cada lesión o enfermedad.

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

Limitaciones de beneficios para gastos cubiertos por herida o enfermedad

	Edades entre 14 días y 69 años	Edades entre de 14 días y 69 años	Edades 70 años o mas.
Hospitalización	\$50,000 máximo por herida/enfermedad	\$100,000 máximo por herida/enfermedad	\$50,000 máximo por herida/enfermedad
Habitación, incluyendo gastos menores	\$1.650/día, 30 días máximo	\$2.300 por día, 30 días máximo	\$1.200/día, 30 días máximo
Cuidados Intensivos	\$700/día, máximo de 8 días	\$975/día, máximo de 8 días	\$500/día, máximo de 8 días
Cirugía	\$4.000	\$6.600	\$3.200
Anestesia	\$1.000	\$1.650	\$800
Cirujano asistente	\$1.000	\$1.650	\$800
Consulta no quirúrgica	\$70/consulta, 1/día, máximo 30 consultas	\$95/consulta, 1/día, máximo 30 consultas	\$60/consulta, 1/día, máximo 30 consultas
Médico especialista, cuando sea requerido por médico principal	\$500	\$575	\$450
Exámenes de pre-admisión dentro de 7 días antes de hospitalización	\$1.300	\$1.300	\$900
Enfermero privado	\$650	\$650	\$650
Gastos Ambulatorios			
Tratamiento quirúrgico	\$4.000	\$6.600	\$3.200
Anestesia	\$1.000	\$1.650	\$800
Cirujano asistente	\$1.000	\$1.650	\$800
Consulta no quirúrgica	\$70/consulta, 1/día, 10 máximo consultas	\$95/consulta, 1/día, 10 máximo consultas	\$60/consulta, 1/día, 10 máximo consultas
Exámenes de Rayos X y servicio de laboratorio	\$500	\$575	\$450
	\$325 adicional para 1 examen de CAT, PET o MRI	\$975 adicional para 1 examen de CAT, PET o MRI	\$325 adicional para 1 examen de CAT, PET o MRI
Sala de emergencia	75% de precio razonable hasta \$400	75% de precio razonable hasta \$650	75% de precio razonable hasta \$325
Medicamentos recetados	\$135	\$200	\$100
Cirugía ambulatoria y todo costo relacionado con cirugías ambulatorias administradas en un hospital o centro ambulatorio de cirugía, incluyendo el costo de la sala de operación, anestesia, medicamentos y suministros médicos	\$1.150	\$1.325	\$1.000
Otros			
Servicio de ambulancia	\$500	\$500	\$500
Protesis ortopédica inicial/aparatos	\$1.325	\$1.600	\$1.000
Quimioterapia y/o terapia de radiación	\$1.325	\$1.600	\$1.000
Tratamiento dental para dientes naturales	\$650	\$650	\$650
Enfermedades psiquiátras y abuso de estupefacientes	Igual que cualquier enfermedad	Igual que cualquier enfermedad	Igual que cualquier enfermedad
Maternidad (la concepción debe ocurrir después de los primeros 90 días de cobertura)	\$2.800 máx.	\$2.800 máx.	N/A
Fisioterapia	\$45/consulta, 1/día, 12 consultas	\$45/consulta, 1/día, 12 consultas	\$45/consulta, 1/día, 12 consultas
Evacuación médica	\$10.000	\$10.000	\$10.000
Traslado de restos	\$7.500	\$7.500	\$7.500
Beneficio por muerte accidental y desmembramiento.	\$25.000 transportista principal	\$25.000 transportista principal	\$25.000 transportista principal

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

Evacuación Médica de Emergencia:

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

Gastos de Repatriación de Restos Mortales

Si una herida o enfermedad que comience durante el periodo de cobertura resulta en la muerte, todos los gastos razonables incurridos para la preparación y devolución de los restos al País de Residencia se cubren hasta un máximo de \$7.500 mientras todos los arreglos sean coordinados por la compañía de asistencia.

Muerte y Desmembramiento Accidental Transporte Principal

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

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

DEFINICIONES

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

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

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

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

EXCLUSIONES

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

1. Condiciones preexistentes;
2. Cualquier pérdida que ocurra mientras uno viaja con la solo intención de obtener tratamiento medico mientras tenga su nombre en una lista de espera para un tratamiento específico, o cuando viaje contraviniendo la recomendación de un medico;
3. Gastos incurridos dentro del país de origen o el país de residencia;
4. Exámenes físicos u otros rutinarios cuando no existe ninguna indicación objetiva de que no se goza de buena salud; o exámenes para niños;

5. Exámenes oculares; recetas o consultas relacionadas con anteojos y lentes de contacto; u otros tratamientos para defectos visuales y problemas. "Defectos visuales" se refiere a cualquier defecto de los ojos el cual pueda dañar la visión normal;
6. Exámenes de oído o audífonos; u otro tratamiento para defectos y problemas del oído. "Defectos del oído" se refiere a cualquier defecto del oído el cual pueda dañar la audición;
7. Gastos por cuidados dentales, con excepción a cuando resulte de una lesión a los dientes naturales como se indica en la Lista de Beneficios;
8. Servicios o suministros médicos realizados o proveídos por un familiar del asegurado;
9. Servicios o suministros no necesarios para el cuidado medico de la lesión o enfermedad;
10. Pies débiles, torcidos o planos, callos, o uñas de pie;
11. Cirugía cosmética, o tratamiento para anomalías congénitas (excepto cuando se provee específicamente), con excepción a aquella realizada como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza. La corrección de la desviación nasal se considera como cirugía cosmética a menos que resulte de una lesión cubierta bajo esta póliza;
12. Cirugía y tratamientos electivos;
13. Procedimientos quirúrgicos o diagnósticos en conexión con esterilidad a menos que sea como resultado de una lesión a o enfermedad cubierta;
14. Métodos anticonceptivos, incluyendo procedimiento y aparatos;
15. Cuidado de niños recién nacidos, guarderías y gastos similares;
16. La participación en atletismo profesional o ínter escolar;
17. Lesiones o enfermedades por las cuales los beneficios son pagables bajo la Ley o Acto de Compensación del Trabajador o Enfermedad Profesional, o cualquier legislación similar;
18. Transplantes de órganos;
19. Guerra o cualquier acto de Guerra, declarada o no declarada; o mientras esté en las fuerzas armadas de cualquier país (la prima prorrateada se devolverá en este caso);
20. Participación en un motón o desobediencia civil, la comisión o intención de cometer un delito grave en el país dónde se intentó o que se cometió;
21. Suicidio o cualquier intento de suicidio por una persona sana o demente (mientras sana en Missouri); heridas intencionalmente autoinducidas;
22. Los gastos de alguna institución, servicio de salud, o clínica cuyo pago por el servicio no se requiera en ausencia de un seguro;
23. Tratamiento de problemas mentales y psiquiátricos, excepto como se indica en la Lista de Beneficios, o tratamiento de alcoholismo o abuso de narcóticos, excepto por como se provee el tratamiento de problemas mentales y psiquiátricos, según la Lista de Beneficios;
24. Lesiones que ocurran mientras el asegurado se encuentre como pasajero de una aeronave sin certificado valido para operar;
25. Servicios, tratamientos y suministros en hospitales propiedad de u operados por: a) La Administración de servicios para Veteranos; o b) Un gobierno nacional o cualquier de sus agencias. (Esta exclusión no aplica a aquéllos gastos incurrido por los cuales pago es requeridos de acuerdo a la ley);
26. Gastos por servicios administrados por un medico y una comadrona;
27. Gastos pagables por cualquier otra póliza que estuviera vigente durante la reclamación hecha;
28. Gastos incurridos durante una visita a la sala de emergencia la cual por naturaleza no es una emergencia;
29. Gastos incurridos por tratamientos ambulatorios en conexión a la detección o corrección por medios manuales o desequilibrio estructural, deformación o sublimación en el cuerpo humano para el propósito de remover la intromisión de nervios y tales efectos, cuando tal intromisión es el resultado o esta relacionado a la distorsión o mal alineamiento de la columna vertebral;
30. Lesiones sostenidas durante el uso ilícito de un vehículo por falta de posesión de una licencia válida de conducir;
31. Aborto voluntario o no provocado;
32. Gastos cubiertos por cualquier otra compañía de seguro medico;
33. Gastos incurridos después de la fecha de terminación de la póliza a menos que se cubra bajo otra sección de esta póliza;
34. Alcoholismo, drogadicción o el uso de cualquier otra droga o narcótico;
35. Tratamiento de enfermedades venéreas o de transmisión sexual, incluso AIDS.

Las versiones en Inglés del folleto informativo o cualquier otro documento relacionado Inbound Immigrant será las versiones autorizadas en las cuales las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán. Esta es una traducción de carácter meramente informativo

SUSCRIBIENDO EL SEGURO INBOUND IMMIGRANT

1. Complete enteramente la solicitud
2. Seleccione el método de pago
3. Si va a pagar con cheque o giro postal hágalo a favor de:
"Seven Corners" y remítalo junto con la solicitud llena
4. Si va a pagar con tarjeta de crédito complete la solicitud y envíela por correo o por fax a Seven Corners.
Asegúrese de firmar la sección de "Método de Pago".

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

Seven Corners
303 Congressional Boulevard
Carmel, IN 46032
Fax: 317-575-2659

En la red: www.SevenCorners.com

(Ud. podrá comprar por fax sólo si está pagando con tarjeta de crédito. Los originales no se requieren si la solicitud se envía por fax a Seven Corners con el pago de tarjeta de crédito)

Primas Mensuales (Efectivas al 1 de junio, 2007)

\$75 deducible por lesión/enfermedad por persona

	\$50.000 Máximo	\$100.000 Máximo
Edades 2 semanas – 49	\$65	\$95
Edades 50 - 69	\$103	\$145
Niños dependientes (Edades 2 semanas hasta 18 años)	\$54	\$81

\$150 deducible por lesión/enfermedad por persona

	\$50.000 Máximo	\$100.000 Máximo
Edades 2 semanas – 49	\$62	\$91
Edades 50 - 69	\$100	\$142
Niños dependientes (Edades 2 semanas hasta 18 años)	\$51	\$76

\$250 deducible por lesión /enfermedad por persona

	\$50.000 Máximo	\$100.000 Máximo
Edades 70 – 79	\$111	N/A
Edades 80 +	\$144	N/A

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

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

Que Recibirá luego de suscribirse al plan Inbound Immigrant

Al suscribirse exitosamente en el plan Inbound Immigrant, Ud. recibirá un paquete informativo de Seven Corners. Este paquete incluirá su carnet y certificado de seguro. El certificado de seguro describe todos los beneficios de Inbound Immigrant de una forma completamente detallada. En adición, el Certificado de Seguro le explicará el proceso para someter una reclamación.

Reembolso de la Prima

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

La Compañía de Seguro

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

Las versiones en Inglés del folleto informativo o cualquier otro documento relacionado Inbound Immigrant será las versiones autorizadas en las cuales las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán. Esta es una traducción de carácter meramente informativo

Solicitud InboundSM IMMIGRANT - 2007

USO OFICIAL SOLAMENTE: Cert #: _____ Procesada: _____ Fecha Efectiva: _____ Agente: _____
 Tarifas el 1 de junio, 2007

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

Información del solicitante

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

Dirección de correspondencia EE.UU.:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ CP: _____
(Dirección debe ser dentro de los Estados Unidos.)

Número telefónico: _____ Correo Elec. _____

Beneficiario AD&D: _____ Relación: _____

Pasaporte e información de viaje

Número de pasaporte: _____ País de emisión: _____

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

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

Cobertura Solicitada

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

Máximo medico seleccionado: Plan A: \$50.000 Plan B: \$100.000

Seleccione deducible máximo por herida/enfermedad: \$75 \$150 (para edades de 70 en adelante \$250)

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

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

Total: _____

A	x	_____	=	B	+	\$10	=	C
Total de arriba		Cantidad de meses				Costo administrativo		Pago adjunto

Método de Pago

Cheque Giro Postal MasterCard Visa Discover

Número de tarjeta: _____

Nombre indicado en la tarjeta: _____

Fecha de expiración: _____

Número telefónico durante el día: _____

Dirección dónde se recibe la cuenta: _____

Firma (Obligatorio) _____

Haga sus pagos de cheque o Giro Postal a favor de Seven Corners. El pago por la prima total debe ser hecho en Dólares Americanos al momento de enviar la solicitud. Solicitudes con cargo a una tarjeta de crédito están sujetas a aceptación por parte de la compañía emisora de la tarjeta.

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

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

Firma del Solicitante o Representante (Obligatorio)

Fecha