

CONVENIO 091-2016-MINEDU/VMGI-PRONABEC

CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL INTERNACIONAL

ENTRE

EL PROGRAMA NACIONAL DE BECAS Y CRÉDITO EDUCATIVO DEL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL PERU Y LA ESCUELA HELLER

DE GESTION Y POLITICA SOCIAL,

DE LA UNIVERSIDAD DE BRANDEIS, ESTADOS UNIDOS

Este documento es el Convenio de Colaboración Interinstitucional Internacional para la implementación de Becas de Postgrado entre el **PROGRAMA NACIONAL DE BECAS Y CRÉDITO EDUCATIVO DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL PERÚ**, con RUC N° 20546798152, con domicilio en Av. Arequipa N° 1935 – Lince - Lima 14 - Perú, en adelante "PRONABEC", representado por su Director Ejecutivo, Dr. Raúl CHOQUE LARRAURI, identificado con DNI N° 23266921, designado según Resolución Ministerial N° 161-2015-MINEDU; y **LA ESCUELA HELLER DE GESTION Y POLITICA SOCIAL, UNIVERSIDAD DE BRANDEIS**, en adelante LA ENTIDAD, con domicilio legal en Waltham, Massachusetts, representada por su Rector Interino, Dr. Irving Epstein, quien está debidamente autorizado para celebrar este convenio de acuerdo con el Certificado de Autorización de Signatario, de fecha 23 de Marzo, 2016, bajo los términos y condiciones que se expresan a continuación:

PRIMERO: LAS PARTES

1.1. PRONABEC, es la Unidad Ejecutora N° 117 del Ministerio de Educación del Perú, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera y presupuestal; a cargo de diseñar, planificar, gestionar, monitorear y evaluar becas y créditos educativos para, entre otros, la educación superior, con el objetivo de contribuir a la igualdad de oportunidad en el acceso de estudiantes con bajos recursos económicos y profesionales con excelencia académica, para estudiar programas de postgrado, así como garantizar sus posibilidades de permanecer y culminar sus estudios y obtener los respectivos grados o títulos.

1.2. PRONABEC, subvenciona

1.2.1 Estudios de Postgrado para profesionales con alto rendimiento académico e insuficientes recursos económicos en Instituciones de Educación Superior y Universidades Internacionales Elegibles que deben encontrarse clasificadas entre las primeras cuatrocientas (400) Universidades al menos una vez en los cinco años previos a la respectiva convocatoria, en

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



las siguientes clasificaciones: QS World University Rankings, Academic Ranking of World Universities (ARWU), Times Higher Education World University Rankings y relacionadas al desarrollo científico y tecnológico del Perú.

- 1.2.2 Matrícula y materiales de estudio; un máximo de diez (10) semanas de cursos de idioma Inglés de ser necesario; seguro con cobertura de salud, accidentes, vida y repatriación; trabajo de investigación, certificación (costos administrativos para la obtención del título correspondiente o equivalente), asignación mensual para alimentación, alojamiento y transporte local; y otros que PRONABEC determinará en cada convocatoria, de acuerdo a disponibilidad presupuestal; transporte internacional (solo al principio y al final del programa académico). PRONABEC no cubre la repetición de cursos desaprobados.

1.4. LA ENTIDAD es la Escuela Heller de Gestión y Política Social, Universidad de Brandeis, ranqueada como sigue:

AÑO	RANKINGS DE UNIVERSIDADES		POSICIÓN
2013	QS World University Ranking		324 (2013) 316 (2014)
2013	Academic Ranking of World Universities (ARWU)		260 (2013) 300 (2014)
2013	Times Higher Education World University Rankings (TH)* *North America		164 (2013-2014) 147 (2014-2015)
2014	Fuente: US News and World Report	Brandeis University Puesto #35 en Estados Unidos	Escuela Heller de Gestión y Política Social. Puesto 10 en las Escuelas de Política Social de los Estados Unidos

SEGUNDO: ANTECEDENTES

El Convenio de Colaboración Interinstitucional Internacional entre PRONABEC y LA ENTIDAD, ejerce la intención de las partes en redoblar sus esfuerzos por aumentar la oferta de becas de postgrado con el objetivo de potenciar el capital humano con una adecuada formación, perfeccionamiento e investigación científica para el fomento de la competitividad y el desarrollo científico y tecnológico del Perú.

TERCERO: MARCO LEGAL

3.1. Ley 29837 crea el Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo, modificada por la Sexta Disposición Final, modificatoria de la Ley 30281, Ley de presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



- 3.2. Decreto Supremo N ° 013-2012-ED aprueba el Reglamento de la Ley 29837, modificado por los Decretos Supremos N ° 008-2013-ED y 001-2015-MINEDU.
- 3.3. Resolución Ministerial N ° 0108-2012-ED aprueba el Manual de Operaciones de PRONABEC, modificado por la resolución Ministerial N° 535-20015-MINEDU.
- 3.4. Resolución Ministerial N °161-2015-MINEDU designación del Director Ejecutivo del Pronabec.

CUARTO: OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente Convenio es promover los esfuerzos del Ministerio de Educación del Perú en la construcción de capital humano avanzado mediante la concesión de becas para programas de educación de postgrado a fin de promover el desarrollo científico, académico, económico, social y cultural del país.

QUINTO: OBJETIVO ESPECIFICO

Promover el acceso de los profesionales peruanos con rendimiento académico excelente e insuficientes recursos económicos para programas de postgrado ofrecidos por LA ENTIDAD a través del financiamiento por parte de PRONABEC, de un máximo de 50 estudiantes cada año a programas de Maestrías y Doctorados relacionados a la Ciencia y la Tecnología.

La duración de las Becas de Postgrado está determinada por el programa de elección en función de los parámetros de LA ENTIDAD en relación a los programas de Maestrías y Doctorados especificados en el Anexo 1 de este convenio, hasta 2 (dos) años para Maestrías y hasta 4 (cuatro) años para Doctorados.

SEXTO: COMPROMISOS DE LAS PARTES

6.1. COMPROMISOS DE LA ENTIDAD

LA ENTIDAD asume los siguientes compromisos:

- 6.1.1. No cobrará tasas de postulación a los ganadores de las becas para estudios de Maestrías y Doctorados. LA ENTIDAD otorga un 50% de descuento a los estudiantes becarios peruanos que participen bajo este convenio. Este mismo descuento se aplicará cada año a los estudiantes seleccionados para los programas. El descuento se aplica únicamente a los costos de matrícula los cuales están establecidos en el Anexo 2 de este convenio, y son válidos para mediados de Julio 2015 a mediados de Julio del 2016. Anualmente, al inicio de cada año fiscal, LA ENTIDAD informará al PRONABEC de estos costos, con el propósito de completar la Adenda Anual de Costos, fijada de acuerdo a las disposiciones legales que establecen los costos y la decisión del órgano de gobierno interno de LA ENTIDAD que fija todas las tarifas relacionadas a los programas de estudio.
- 6.1.2. De acuerdo con los criterios y los procedimientos de cada uno de los programas, y a su discreción, conceder una carta de admisión o aceptación a todos los profesionales peruanos que cumplan con todos los requisitos de admisión de la Escuela Heller y las normas de cada programa, incluyendo

Visado por:



Secretario Adjunto de la Corporación



Rector Interino



los requisitos académicos y de idioma. La carta debe indicar una oferta definitiva no condicional, que incluirá la siguiente información:

- I. Fecha de Inicio y fin tentativo de los programas de estudios de postgrado;
- II. Costos académicos y administrativos totales (puede incluir tarifa de seguro de salud).
- III. Orden de Mérito (rango entre participantes) si está disponible.
- IV. Cumplir Nivel necesario de inglés. Si el solicitante no cumple con el nivel de inglés para la admisión, esto debería estar expresado con una calificación no menor a TOEFL 100 o IELTS 6.5 .
- V. Inclusión de la póliza de seguro de salud del estudiante de acuerdo al Anexo 2.

6.1.3. Facilitar la documentación necesaria para la obtención de la visa de estudiante por el plazo de duración del programa de estudios elegido por el estudiante. LA ENTIDAD establece expresamente tener conocimiento de la exigencia de que los becarios deben volver a su país para revertir en su lugar de origen los conocimientos adquiridos a fin de cumplir el Compromiso de Servicio al Perú. En ese sentido, LA ENTIDAD no hará ningún tipo de oferta a los becarios para trabajar o llevar a cabo investigaciones en los Estados Unidos después de finalizado sus estudios de postgrado.

6.1.4. Proporcionar tutoría y orientación académica, así como servicios de consejería, según se requiera a los becarios durante su periodo de estudios de postgrado.

6.1.5. Enviar a PRONABEC, al final de cada periodo académico y adjunto a la factura para la matrícula del próximo periodo, un reporte completo sobre el progreso académico de cada becario, basado en:

- (a) Reporte Académico del periodo académico concluido.
- (b) Reporte Académico sobre el periodo posterior de matrícula (lista de cursos matriculados).

Indicando si hubiera alguna materia de estudio pendiente y/o si hay materias no aprobadas que necesiten repetir pero pagando este el costo. LA ENTIDAD no cobrará a PRONABEC, en el siguiente periodo académico, aquellas materias que el becario necesite repetir hasta completarlas satisfactoriamente. Para facilitar esto, el becario firmará la autorización para divulgar la información indicada en el Anexo 3 de este convenio.

6.1.6. Proporcionar a cada becario hasta diez semanas de clases de inmersión en el Centro de Idiomas de LA ENTIDAD, antes del comienzo de sus estudios de postgrado, si es necesario para mejorar su capacidad de comunicación. Este apoyo solo puede ser prestado a los becarios que ya han alcanzado el dominio del idioma Inglés nivel exigido como un requisito de admisión de LA ENTIDAD. Si este hecho no se menciona en la carta de admisión, el postulante debe demostrar a PRONABEC, con el fin de obtener su beca, que tiene una puntuación no menor a 100 TOEFL o IELTS 6.5.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



- 6.1.7. Proporcionar a PRONABEC la asistencia para instalar en el portal electrónico institucional de PRONABEC un enlace directo a la página web de LA ENTIDAD, para facilitar el acceso a la información concerniente a los programas de Maestría y Doctorado ofrecidos por LA ENTIDAD, indicados en el Anexo 1 de este convenio.
- 6.1.8. Proporcionar a los becarios la información y asesoramiento para su acceso a alojamiento y alimentación.
- 6.1.9. Fomentar y dar facilidad a los becarios para que inicien su trabajo de investigación y cursos, desde el inicio de sus estudios con el fin de tenerlo culminado al finalizar su programa académico.
- 6.1.10. Facilitar un espacio bien equipado para la investigación de cada becario de PRONABEC a fin de garantizar el normal desarrollo de sus actividades de investigación.
- 6.1.11. No matricular en el próximo curso académico a los becarios que no cumplan con los requisitos académicos del programa (causal de pérdida de beca) e informar de ello inmediatamente a PRONABEC a fin de adoptar medidas para la repatriación del becario.
- 6.1.12. Informar al PRONABEC acerca de cualquier solicitud del becario para cambiar de programa académico y/o suspender sus estudios.¹

6.2. COMPROMISOS DE PRONABEC

PRONABEC, se compromete a:

- 6.2.1. Cubrir el total costos de matrícula de cada becario tal y como se indica en los numerales 6.1.1 6.1.5 y 6.1.6. La factura respectiva será pagada via disposición de fondos a través del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF en español) del estado peruano a la cuenta bancaria indicada por LA ENTIDAD.

La cancelación se hará efectiva en los tiempos y procedimientos establecidos por las partes en el Anexo 2 de este convenio y sujeto a las Normas para la Ejecución de Subvenciones en el Extranjero del Pronabec.

- 6.2.2. Otorgar las siguientes subvenciones a los becarios de PRONABEC:

- a. Estipendio Anual por gastos de manutención.
- b. Estipendio Anual por materiales académicos.
- c. Pasajes aéreos de ida y vuelta a cada becario; Lima – Boston (al inicio del programa académico) y Boston – Lima (al final del programa académico).
- d. Cubrir trabajo de investigación y los costos de certificación de grado y el resto de prestaciones indicado en el numeral 1.3.2 ut supra.
- c. Seguro con cobertura de salud, accidente, vida y repatriación.

6.3 COMPROMISOS COMUNES

¹ Los becarios únicamente puede suspender los estudios de postgrado hasta un año. Cambio de programa está prohibido.

Visado por:



Secretario Adjunto de la Corporación



Rector Interino



- 6.3.1. Elaborar anualmente un plan de trabajo conjunto con el objeto de alcanzar los objetivos de los compromisos contemplados en este convenio.
- 6.3.2. Evaluar e informar los resultados de la cooperación realizada, identificando los inconvenientes y las posibles mejoras en la ejecución de este convenio.

SEPTIMA: FINANCIAMIENTO

PRONABEC cubrirá los costos de los conceptos indicados en el numeral 6.2 excepto la repetición de los cursos desaprobados y LA ENTIDAD asumirá los costos indicados en el numeral 6.1 del Artículo Sexto, con el objetivo de que los becarios peruanos puedan acceder, permanecer y terminar sus estudios en LA ENTIDAD y obtener sus grados o títulos. El financiamiento es otorgado por PRONABEC de acuerdo al presupuesto anualmente asignado por las Leyes de Presupuesto Público del país y la Ley N ° 28411 - Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto del Perú.

OCTAVA: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Para el adecuado seguimiento, revisión y monitoreo en cumplimiento de los compromisos establecidos en este convenio, las partes acuerdan asignar como coordinadores interinstitucionales, de acuerdo a las funciones desempeñadas en aplicación del presente convenio, a los siguientes funcionarios:

POR PRONABEC

- Responsable : Director Ejecutivo de PRONABEC
- Alterno : Jefe de la Oficina de Becas Postgrado de PRONABEC.

POR LA ENTIDAD

- Responsable : Presidente, Universidad de Brandeis
- Alterno : Administrador, Universidad de Brandeis

PRONABEC y LA ENTIDAD sustituirán sus coordinadores interinstitucionales cuando lo consideren apropiado.

La sustitución tendrá efecto a partir del séptimo día siguiente a la recepción de la carta de sustitución propuesta por la contraparte.

NOVENA: PLAZO DE VALIDEZ DEL CONVENIO

El plazo de validez de este convenio es 5 años, a partir de la fecha de suscripción con una extensión por mutuo intercambio de cartas.

Cuando el convenio expire, los compromisos asumidos por las Partes seguirán en vigor hasta el total cumplimiento y ejecución de los compromisos pendientes.

DECIMA: MODIFICACIONES AL CONVENIO

Cualquier modificación, restricción, ampliación o extensión de este convenio pueden hacerse a través del consenso mutuo de las partes y deben ser formalizadas mediante Adenda, la cual pasará a formar parte de este convenio.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



DECIMA PRIMERA. SOLUCION DE CONTROVERSIAS

Cualquier controversia, discrepancia o exigencia derivada de este convenio, incluyendo las relativas a su caducidad, nulidad, ejecución, cumplimiento o interpretación serán resueltas por Las Partes mediante consultas mutuas, actuando de buena fe y de conformidad con sus objetivos comunes.

En caso la controversia persiste, las partes manifiestan su voluntad de someterse al arbitraje de conciencia o equidad, el cual será único y definitivo, indiscutible y obligatorio para las partes y no puede ser apelada ni ante el Poder Judicial ni ante ninguna instancia administrativa.

Con este fin, las partes dentro de los cinco días hábiles siguientes designarán de común acuerdo, un árbitro único designado para conocer el caso y resolver. Una vez que concluya este plazo sin que las partes hayan designado al árbitro, cualquiera de las partes podrá solicitar al Centro de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima la designación de un árbitro entre sus miembros hábiles. Después de asumir el cargo y recibir las posiciones de las partes, la resolución será emitida dentro de quince días hábiles.

DECIMA SEGUNDA: DISPOSICIONES FINALES

12.1. Las partes que suscriben este acuerdo, expresamente establecen estar sujetas a la Ley Peruana y a las Leyes del Estado de Massachusetts – USA, salvo los acuerdos contenidos en el presente documento que son ley entre las Partes y establecen que sus respectivas residencias son las direcciones mencionadas en la introducción de este documento, en el que se realizarán válidamente comunicaciones y / o notificaciones que sean necesarias. Cualquier variación de estas direcciones entrará en vigencia el décimo día hábil de notificarse por escrito a la otra parte.

12.2. Todas las comunicaciones serán válidas y eficaces si son hechas por escrito, enviadas y recibidas a través de fax, correo electrónico institucional, correo certificado o comunicaciones notariales, remitidos entre quienes suscriben este acuerdo y entre los coordinadores interinstitucionales designados por las partes en la cláusula octava ut-supra.

12.3. El presente Acuerdo podrá ser resuelto por cualquiera de las partes. Como tal:

- a. La decisión entrará en vigor a partir de la conclusión del período académico en curso cuando sea comunicada la decisión.
- b. La resolución no afectará las actividades y obligaciones que las partes estén desarrollando, las cuales deberán continuar siendo desarrolladas hasta su total ejecución, según corresponda.
- c. Se procederá a liquidar y pagar los gastos efectuados por PRONABEC hasta el final del actual período académico en curso, de acuerdo a los numerales 1.3.2, 6.1.1, 6.1.5, 6.1.6 y 6.2.1 del presente acuerdo.
- d. Si los becarios no consideran apropiado el cambio a otra universidad para terminar los estudios, las obligaciones se mantendrán vigentes exclusivamente respecto a estos becarios y no se convocará a ningún

Visado por:



Secretaría Adjunta de la Corporación



Rector Interino



concurso para otorgar más becas que tengan la finalidad de enviar nuevos becarios de PRONABEC a LA ENTIDAD.

- e. Las Partes adoptarán las medidas necesarias para evitar o minimizar cualquier perjuicio, tanto entre sí como a los becarios.

En absoluta conformidad, las partes proceden a suscribir el presente convenio en dos grupos de 02 ejemplares originales cada uno, uno en español y otro en inglés y ambos iguales en contenido y autenticidad.

POR PRONABEC



[Handwritten signature]

Dr. Raúl Choque Larrauri
Director Ejecutivo

Fecha 13 ABR. 2016

POR LA ENTIDAD

[Handwritten signature]

Dr. Irving Epstein
Rector Interino

Fecha March 29, 2016



Visado por:

[Handwritten signature]

Secretario Adjunto de la Corporación

[Handwritten signature]

Rector Interino



ANEXO 1*

N°	PROGRAMA	Duración del Programa	Tarifa (A\$)	Fecha de Inicio del Semestre
1.	Maestría de Artes en Desarrollo Internacional Sostenible	2 años	Ver Anexo 2	Agosto 27, 2016
2.	Maestría de Ciencias en Política Sanitaria Internacional	1 o 2 años	Ver Anexo 2	Agosto 27, 2016
3.	Maestría de Artes en la Convivencia y Conflicto	15 meses	Ver Anexo 2	Agosto 27, 2016
4.	Maestría en Política Pública	2 años	Ver Anexo 2	Agosto 27, 2016

N°	PROGRAMA	Duración del Programa	Tarifa (A\$)	Semestre Fecha de Inicio **	Fecha de Finalización del Semestre
1.	PhD Programa en Política Social	4 años (promedio)	Ver Anexo 2	Agosto 27, 2015	Mayo 2, 2016 (1 año)



Visado por:

[Handwritten Signature]

Secretario Adjunto de la Corporación

[Handwritten Signature]

Rector Interino



ANEXO 2

I. COSTOS ANUALES DE PROGRAMAS DE POSTGRADO SUBSIDIADOS POR PRONABEC*

MAESTRIAS EN ESTUDIOS FINANCIADOS A LOS BECARIOS DE PRONABEC EN LA UNIVERSIDAD DE BRANDEIS	
CONCEPTOS	
Maestría de Artes en Desarrollo Internacional Sostenible	
\$46,422	Matrícula
\$504	Cuota de Inscripción
\$2,642	Seguro Médico
\$49,568	Total
Maestría de Ciencias en Política Sanitaria Internacional	
\$46,422	Matrícula
\$504	Cuota de Inscripción
\$2,642	Seguro Médico
\$49,568	Total
Maestría de Artes en Convivencia y Conflicto	
\$46,422	Matrícula
\$504	Cuota de Inscripción
\$727	Continuación Tarifa (Verano)
\$2,642	Seguro Médico
\$50,295	Total
Maestría de Política Pública	
\$46,422	Matrícula
\$504	Cuota de Inscripción
\$2,642	Seguro Médico
\$49,568	Total

* Los costos serán ajustados anualmente, de acuerdo con la matrícula publicada y las tasas para el correspondiente año académico

Visado por:



Secretario Adjunto de la Corporación



Rector Interino



MONEDA /CANTIDAD	CONCEPTOS
PhD Programa en Política Social	
\$46,422	Matrícula
\$504	Cuota de Inscripción
\$2,642	Seguro Médico
\$49,568	Total (La Escuela Heller proporciona matrícula y estipendio a todos los estudiantes de doctorado de tiempo completo. Este apoyo financiero no requiere la presentación de estado financiero. Los estudiantes a tiempo parcial no son elegibles para recibir apoyo financiero. El paquete incluye una financiación del 100% para la matrícula del becario. Todas las Tarifas, el seguro de salud Premium y un estipendio anual de \$19,500)

DETALLES PARA INCLUIR EN LA FACTURA A ENVIAR A PRONABEC

- Razón Social de LA ENTIDAD:
- Razón Social de la Institución Financiera donde se realizará el pago:
- Cuenta Bancaria:
- Código SWIFT :
- Código ABA:
- Moneda a Depositar:

DETALLES PARA REALIZAR EN LA FACTURA ENVIADA A PRONABEC

- Razón Social: PROGRAMA NACIONAL DE BECAS Y CREDITO EDUCATIVO
- Dirección Oficial: Avenida Arequipa N° 1935, Lince - LIMA 14 - Perú
- RUC N° 20546798152
- Detalle: Servicio Académico, indicando el número total de becarios, de acuerdo con los compromisos acordados por las partes.

DOCUMENTOS A ADJUNTAR A LA FACTURA

- Liquidación de pago de los becarios discriminada por programa y los conceptos en la moneda original de acuerdo a la Carta de Admisión o Plan de Estudio o Curricula.
- Informe sobre el progreso académico y disciplinario establecido en el 6.1.5 del convenio.
- Reporte de Matrícula, indicando si los becarios tienen cursos pendientes o desaprobados en periodos académicos anteriores. En caso de cursos desaprobados los becarios deben inscribirse de nuevo y aprobar estos temas a su propio costo y responsabilidad. En este caso, la Entidad no cargará estos costos, en la factura a PRONABEC.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



SOLICITUD PARA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

Mediante el presente documento, se presenta una solicitud para obtener un plan de seguro contra accidentes en función de las siguientes declaraciones y representaciones:

1. Identificación del Asegurado:

Nombre del Asegurado: Brandeis University (Universidad Brandeis)
Dirección del Asegurado: 415 South Street, Waltham, MA 02454
Número de Póliza: SRG 0009143779

2. Clasificación de las Personas Elegibles:

Clase Descripción de la clase

I Todos los estudiantes activos, nacionales y extranjeros, matriculados a tiempo completo en los Cursos Académicos ofrecidos por el Asegurado, cuyos nombres se conservarán en los archivos del Asegurado y para quienes se haya pagado la prima correspondiente.

Cónyuge Elegible - tal como se usa anteriormente, se entenderá como el cónyuge legal del Asegurado.

Hijos Dependientes Elegibles - tal como se usa anteriormente, se entenderá como los hijos solteros del Asegurado, incluyendo hijos biológicos, hijastros, en adopción temporal o adoptados legalmente desde el momento de la colocación en el hogar del Asegurado, menores de 19 años (29 si asisten a una institución acreditada de enseñanza superior a tiempo completo) y que dependen principalmente del Asegurado en cuanto a manutención.

Los Hijos Dependientes solteros Elegibles del Asegurado cubiertos por la Póliza que aún no alcancen el límite de edad especificado anteriormente, que no pueden obtener un empleo debido a incapacidad mental o física, y que dependen principalmente del Asegurado en cuanto a manutención, podrán continuar siendo elegibles bajo la Póliza más allá del límite de edad durante el tiempo que la póliza se encuentre vigente, pero sólo si permanecen continuamente cubiertos por esta póliza. La Compañía podrá solicitar que el Asegurado presente evidencia satisfactoria de la discapacidad y dependencia del Hijo Dependiente Elegible a la Compañía dentro de los 31 días después del Hijo Dependiente Elegible alcance el límite de edad especificado anteriormente. Si el Asegurado no cumple con presentar la evidencia requerida antes de que el Hijo Dependiente Elegible alcance el límite de edad, la cobertura para el Hijo Dependiente Elegible no se extenderá más allá del límite de edad. Si la cobertura se amplía, la Compañía podrá solicitar que el Asegurado presente evidencia satisfactoria de la discapacidad y dependencia continua del Hijo Dependiente Elegible a la Compañía sobre una base anual. Si el Asegurado no presenta la evidencia solicitada dentro de los 31 días de la Solicitud Principal, la cobertura para el Hijo Dependiente Elegible terminará al final de ese período de 31 días.

Continuación de Elegibilidad. Si los pagos de primas continúan sobre una base que se opone a la selección individual, un Asegurado que deje de ser miembro de alguna clase elegible de las personas tal como se describe anteriormente aún podrá considerarse como en una clase elegible de las personas de la siguiente manera: (1) si el Asegurado tiene despido o licencia temporal (que no sea otro motivo que un problema familiar o licencia médica), por el período completo del, pero no por más de tres meses consecutivos; o (2) si el asegurado se ausenta del trabajo debido a un problema familiar o licencia médica por el período completo de la licencia, pero no por un período superior a tres meses consecutivos, a menos que la Compañía y el Asegurado hayan acordado un período más largo.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



La parte de los pagos de la prima pagada por el Asegurado, si hubieran, deben continuar pagándose durante cualquier período de licencia como se describe anteriormente para que la cobertura se mantenga vigente.

3. Monto del Seguro Contratado:

Clase	Monto Básico	Monto Voluntario
	\$ 10.000	

4. Beneficios y Coberturas de la Póliza:

Marque solo una: x

Beneficio por Muerte Accidental únicamente
Beneficio por Muerte accidental y pérdida de miembros

Las siguientes Cláusulas Adicionales/Endosos se adjuntan y forman parte de la Póliza a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza. Cada Cláusula Adicional/Endoso está sujeto a todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza que no se hayan modificado específicamente por la Cláusula Adicional/Endoso.

CLASE I

FORMULARIO NO.

DESCRIPCIÓN

C11669DBG	Beneficio de Evacuación de Emergencia
C11679DBG	Beneficio de Parálisis
C11684 (REV 3-99)	Beneficio de Repatriación de Restos
DBG C30080DBG-MA	Definición de Lesiones y Endoso Modificadorio de las Exclusiones
8964 (7/05)	Endoso sobre Cobertura Territorio

5. Primas:

Queda entendido y convenido que la tasa de la prima por Estudiante o Cónyuge de Hijo Dependiente será de \$ 4.45.

Ajustes a mediano plazo – Tasa Mensual de la Prima por Estudiante o Cónyuge o Hijo Dependiente será \$ 0,37.

6. Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura:

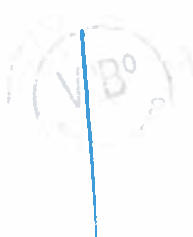
Con sujeción a las disposiciones de la Póliza concernientes a la fecha de entrada en vigencia para personas, el seguro se hará efectivo para cada persona elegible respecto a quien el Asegurado ha recibido una inscripción, de ser aplicable, y respecto a quien se ha pagado una prima en la fecha siguiente: Mientras se encuentre participando las actividades educativas programadas, supervisadas y patrocinadas por el Asegurado en las instalaciones designadas por el Asegurado incluyendo actividades programadas y patrocinadas, con exclusión de la práctica de fútbol inter-escolar. Está incluido el desplazamiento directo desde y hacia las actividades.

Un cambio en la cobertura entrará en vigencia en la fecha que ocurra más recientemente entre: (1) si se requiere una inscripción individual para el cambio, la fecha en la que el Asegurado recibe el formato de inscripción por escrito; (2) si el cambio requiere un cambio en la prima, la fecha de pago de la primera prima cambiada. Sin embargo, un Monto Principal Contratado cambiado sólo se

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



aplica con respecto a los accidentes que ocurran durante o después de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

7. Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza: 15 de agosto 2014

8. Fecha de Vencimiento de la Póliza: 15 de agosto 2015

Firmado en nombre del Asegurado
Cargo
Fecha

Firmado por el Agente Residente Acreditado
(Cuando la ley lo requiera)

Asegurado: Universidad Brandeis
Número de Póliza: SRG 0009143779

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES

Esta póliza constituye un contrato legal entre el Asegurado y la Compañía. La Compañía acuerda asegurar a personas elegibles del Asegurado (en adelante denominadas Persona(s) asegurada (s)) contra pérdidas cubiertas por esta Póliza sujeto a sus disposiciones, limitaciones y exclusiones. Las personas elegibles para ser Aseguradas son todas las personas que se describen en la Clasificación de la sección de las Personas Elegibles de la Solicitud Principal.

Esta Póliza se emite en contraprestación del pago de la prima requerida a su vencimiento y las declaraciones establecidas en la Solicitud Principal firmada, la misma que se adjunta y forma parte de esta Póliza, y en los formatos de inscripción individual, si lo hubieran.

Esta póliza comienza en la fecha de entrada en vigencia de la Póliza que se muestra en la Solicitud Principal y continúa vigente hasta la Fecha de Vencimiento de la Póliza siempre y cuando se paguen las primas a su vencimiento, salvo que se resuelva de otra manera según se estipule más adelante en esta Póliza. Si esta Póliza se vence, el seguro termina en la fecha respecto a la cual se han pagado las primas. Luego de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, esta póliza podrá renovarse por períodos adicionales por mutuo acuerdo por escrito entre la Compañía y el Asegurado a las tasas de prima vigentes en el momento de la renovación.

Esta póliza está regulada por las legislaciones de los estados en que se entrega.

En señal de conformidad, el Presidente y el Secretario de la Unión Nacional de Bomberos Compañía de Seguros de Pittsburgh, suscriben esta Póliza:

(firmado)
Presidente

(firmado)
Secretario



Visado por:

Secretario Adjunto de la Corporación

Rector Interino



SÍRVASE LEER ESTA PÓLIZA CON DETENIMIENTO

Póliza sin Participación de Beneficios

Este plan por sí solo no cumple las normas de Cobertura Acreditable Mínima y no cumple el mandato individual de que cuenta con un seguro de salud. Por favor, consulte el párrafo siguiente a la Tabla de Contenidos para obtener información adicional.

TABLA DE CONTENIDOS

Definiciones.....	4
Fecha de entrada en vigencia y vencimiento de la	4
Fechas de vigencia y vencimiento del asegurado.....	4
Prima.....	5
Beneficios.....	6
Capital asegurado	6
Programa de reducción	6
Limitación de beneficios múltiples	6
Beneficio por Muerte Accidental.....	6
Beneficio por pérdida de miembros accidental.....	6
Exposición y Desaparición	7
Exclusiones.....	8
Reclamos.....	9
Disposiciones Generales.....	10

A partir del 1 de enero de 2009 la Ley de Reforma de Salud de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts mayores de dieciocho (18) años de edad cuenten con cobertura de salud que cumpla las normas de Cobertura Acreditable Mínima establecidos por el Conector del Seguro Médico del Estado, salvo exoneración del requisito de seguro de salud basado en la accesibilidad o dificultad individual. Para más información llame al Conector al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio web de conector (<http://www.mahealthconnector.org/>). Este plan no está destinado a proporcionar una cobertura integral de salud y no cumple la norma de Cobertura Acreditable Mínima aun cuando sí incluye servicios que no están disponibles en los otros planes de salud del asegurado.

Si tiene alguna pregunta sobre este enunciado, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al (617) 521-7794 o visitar su sitio web en www.mass.gov/dof.

DEFINICIONES

Accidente – se entenderá como el daño corporal causado por un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza respecto a la persona cuya lesión sea la base de reclamo y que resulte directa e independientemente de todas las demás causas en una pérdida cubierta.

Asegurado- se entenderá como una persona: (1) que es parte de las personas elegibles como se describe en la Clasificación de la Sección de las Personas Elegibles de la Solicitud Principal; (2) que se ha inscrito para la cobertura bajo esta póliza, de ser necesario; (3) para quien se han pagado la prima; y (4) mientras esté cubierto por esta Póliza.

Miembro de la Familia Inmediata- se entenderá como a una persona que está relacionada a la Persona Asegurada en cualquiera de las siguientes formas: cónyuge, cuñado, cuñada, yerno, nuera, suegra, -suegro, el padre (incluye padrastro), hermano o hermana (incluye hermanastro o hermanastra) o hijo (incluye hijastros legalmente adoptados).

Persona asegurada- se entenderá como el Asegurado.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Médico-se entenderá como un profesional médico acreditado que actúa en el ámbito de su licencia que no es 1) la Persona Asegurada; 2) un Miembro de la Familia Inmediata; o 3) retenido por el Asegurado.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y DE RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA

Fecha de Entrada en Vigencia. Esta póliza se inicia en la Fecha de Entrada en Vigencia mostrada en la Solicitud Principal a las 12:01a.m. Hora estándar en la dirección del Asegurado donde se entregó esta Póliza.

Fecha de Resolución. Esta póliza podrá rescindirse bien sea por la Compañía o por el Asegurado en cualquier fecha de pago de la prima mediante notificación escrita con 30 días de anticipación a la otra parte. Esta póliza también podrá rescindirse en cualquier momento por mutuo acuerdo escrito entre la Compañía y el Asegurado. Esta Póliza se resuelve de forma automática en la fecha que ocurra primero entre: 1) La Fecha de Vencimiento de la Póliza que se muestra en la Solicitud Principal; o 2) en la fecha de pago de la prima si las primas no se pagan a su vencimiento. La Resolución surtirá efecto a las 12:01 am hora estándar en el domicilio del Asegurado en la fecha de resolución.

FECHAS DE ENTRADA EN VIGENCIA Y RESOLUCIÓN DEL ASEGURADO

Fecha de entrada en vigencia. Una cobertura de asegurado bajo esta Póliza comienza en la última de las siguientes fechas: (1) la Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza; (2) la fecha de pago de la primera prima para la cobertura de asegurado de conformidad con la sección de la Solicitud Principal; (3) si se requiere la inscripción individual, la fecha de recepción de la inscripción por el Asegurado; (4) la fecha en que la persona se convierte en un miembro de una clase de personas elegibles según se describe en la sección de Clasificación de personas Elegibles de la Solicitud Principal; o (5) la Fecha de Entrada en Vigencia de la Cobertura describe en la Solicitud Principal.

Fecha de Resolución. La cobertura de un asegurado bajo esta Póliza termina en la fecha que ocurre primero entre: (1) la fecha en que la presente Póliza se termina; (2) la fecha de vencimiento de la prima si no se pagan cuando es necesario; (3) la fecha en la que el Asegurado solicita por escrito el término de su cobertura, o (4) la fecha en que el asegurado deja de ser miembro de cualquier clase elegible(es) de personas según se describe en la sección Clasificación de las Personas Elegibles de la Solicitud Principal.

La expiración de la cobertura no afectará el reclamo por pérdida cubierta que ocurrió mientras la cobertura del Asegurado estaba en vigencia bajo esta Póliza.

PRIMA

Primas. Las primas se pagan a la compañía a las tasas y en la forma descrita en la sección Primas de la Solicitud Principal. La Compañía podrá cambiar las fechas de vencimiento de las primas requeridas en, dando el Asegurado al menos 31 días de anticipación por escrito previo aviso. La Compañía podrá cambiar las primas requeridas como condición de cualquier renovación de esta Póliza. La Compañía también podrá cambiar las primas requeridas en cualquier momento ante cualquier cambio de cobertura que afecte a las primas que se haga en esta Póliza.

Periodo de gracia. Se proporcionará un período de gracia de 31 días para el pago de cualquier prima vencida luego de la primera. Esta póliza no se dará por concluida por falta de pago de la prima durante el período de gracia si el asegurado paga todas las primas adeudadas el último día del período de gracia. Esta Póliza expirará el último día del período si el Asegurado no paga todas las primas adeudadas al último día del Período de Gracia.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Si la empresa se compromete expresamente a aceptar el pago tardío de una prima sin necesidad de terminar esta Póliza, la Compañía lo hace de acuerdo con la disposición sobre Incumplimiento de los Requerimientos de la Póliza de la sección Disposiciones Generales.

No se otorgará ningún Período de Gracia si la Compañía recibe el aviso para resolver esta póliza antes de una fecha de vencimiento de la prima.

BENEFICIOS

Monto Principal. Según sea aplicable a cada Asegurado, el Capital asegurado significa el monto de seguro vigente de esta Póliza como se describe en la Solicitud Principal de Principal de Póliza Colectiva Seguros de Accidentes.

Programa de Desgravación. El monto a pagar por una pérdida se reducirá si una Persona Asegurada tiene 70 años o más en la fecha del accidente que causó la pérdida con respecto a cualquier Beneficio proporcionado por esta Póliza, donde la cantidad pagadera por la pérdida se determina como un porcentaje de su Capital asegurado o Monto de Beneficio fijo. El monto pagadero por la pérdida de la Persona Asegurada bajo ese Beneficio es un porcentaje de la cantidad que sería pagadera de otro modo, de acuerdo con el siguiente calendario:

EDAD A LA FECHA DEL ACCIDENTE	PORCENTAJE DE MONTO POR PAGAR
70-74	65%
75-79	45%
80-84	30%
85 años a más	15%

La Prima para una persona asegurada de 70 años o más se basa en el 100% de la cobertura que estaría vigente si la Persona Asegurada fuera menor de 70 años de edad.

La "Edad", tal como se usa en la parte superior se refiere a la edad de la Persona Asegurada de su más reciente cumpleaños, independientemente del tiempo real de nacimiento.

Limitación de múltiples beneficios. Si una Persona Asegurada sufre una o más pérdidas por el mismo accidente respecto al cual son pagaderos los montos bajo más de uno de los siguientes Beneficios proporcionados por esta Póliza, la cantidad máxima pagadera bajo todos los Beneficios combinados no excederá la cantidad pagadera por una de dichas pérdidas, la mayor: Beneficio por Muerte Accidental, beneficios por Pérdida de Miembros Accidental, Beneficio por Parálisis.

Beneficio por Muerte Accidental. Si la Lesión a la persona asegurada deriva en su muerte en un plazo de 365 días de la fecha que ocurrió el accidente que causó la Lesión, la Compañía pagará el 100% del Monto del Seguro Contratado.

Beneficio por Pérdida de Miembros Accidental. Si la Lesión a la persona asegurada deriva, en un plazo de 365 días de la fecha que ocurrió el accidente que causó la Lesión, en alguna de las Pérdidas especificadas a continuación, la Compañía pagará el porcentaje del Monto Principal Contratado que se muestra a continuación por dicha Pérdida:

Por Pérdida de capital asegurado	Porcentaje
Ambas manos o ambos pies.....	100%
Vista de ambos ojos.....	100%
Una mano y un pie.....	100%
Una mano y la vista de un ojo.....	100%
Un pie y la vista de uno Ojo.....	100%

Visado por:


 Secretario Adjunto de la Corporación


 Rector Interino



Habla y audición en ambos oídos.....	100%
Una mano o un pie.....	100%
Vista de un ojo.....	50%
Del habla o audición en ambos oídos.....	50%
Pulgar y dedo Índice de la misma Mano.....	25%

"Pérdida" de una mano o pie significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o el tobillo. "Pérdida de la vista de un ojo significa la pérdida total e irrecuperable de la totalidad de la visión en ese ojo. "Pérdida" de la audición en un oído significa la pérdida total e irrecuperable de la totalidad de la capacidad de oír en ese oído. "Pérdida" del habla significa la pérdida total e irrecuperable de la totalidad de la capacidad de hablar. "Pérdida" del pulgar y el dedo Índice significa la separación completa a través o por encima de la articulación meta carpo falángica de los dos dedos.

Si la Persona Asegurada tuviera más de una Pérdida como consecuencia del mismo accidente, sólo se pagará un monto, el mayor.

Exposición y Desaparición. Si un accidente ocurre mientras la cobertura del asegurado está vigente, y la Persona Asegurada está inevitablemente expuesta a los elementos y como resultado de dicha exposición sufre una pérdida respecto a la cual sea pagadero un beneficio conforme a los términos de esta Póliza, la pérdida estará cubierta por los términos de esta Póliza.

Si no se ha encontrado el cuerpo de una Persona Asegurada dentro de un año de haber ocurrido su desaparición, aterrizaje forzoso, abandono, hundimiento o naufragio de un medio de transporte en el que la persona era ocupante mientras se encontraba cubierta por esta póliza, se considerará, sujeto a todos los demás términos y disposiciones de esta Póliza, que la persona asegurada ha sufrido muerte accidental dentro del significado de la presente Póliza.

EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida causada en su totalidad o en parte por, o que resulte en su totalidad o en parte, de lo siguiente:

1. Suicidio o cualquier intento de suicidio o lesiones auto infligidas o cualquier intento de lesiones auto infligidas;
2. Enfermedad o infecciones de cualquier tipo, a excepción de infecciones bacteriales debido a un corte o herida accidental, botulismo o envenenamiento por alimentos,
3. Viaje o Vuelo en (incluso entrar dentro o fuera de, o dentro o fuera de) cualquier vehículo utilizado para la navegación aérea, si la persona asegurado:
 - a. Viaja como pasajero en cualquier avión no previsto o autorizado para el transporte de pasajeros;
 - b. Se encuentra realizando, aprendiendo a realizar o instruyendo a otros a otros como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave;
 - c. Viaja como pasajero en un avión de su propiedad, arrendado u operado por el Asegurado o por el empleador de la Persona Asegurada;
4. Guerra declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra declarada o no declarada;

Visado por:


 Secretario Adjunto de la Corporación


 Rector Interino



5. Servicio activo a tiempo completo en las fuerzas Armadas, Guardia Nacional o cuerpo de reserva organizado de cualquier país o autoridad internacional. (La Prima no devengada para cualquier período respecto el cual la Persona Asegurada no está cubierta debido a su estado de servicio activo será reembolsada) (No se excluye la Pérdida causada mientras se encuentre en la Guardia Nacional a corto-plazo o como servicio de reserva para fines de capacitación programada regularmente.)

6. La Persona Asegurada se encuentra bajo la influencia de drogas o estupefacientes, salvo que éstos se tomen bajo prescripción médica;

7. La comisión o intento de comisión de delito grave de la Persona Asegurada.

RECLAMACIONES DISPOSICIONES

Aviso de Reclamación. La notificación por escrito de la reivindicación se debe dar a la Compañía dentro de los 20 días después de la pérdida de una persona asegurada, o tan pronto como sea posible. Aviso dado por o en nombre de la demandante a la Compañía en A & H Departamento de Reclamaciones, PO Box 25987, Shawnee Mission, KS 66225, con información suficiente para identificar al asegurado.

Formatos de Reclamo. La Compañía enviará formularios de reclamo al solicitante después de haber recibido la notificación del reclamo por escrito. Si las tales formatos no se envían dentro de 15 días después de la entrega de la notificación, se considerará que el demandante ha cumplido los requisitos de evidencia de pérdida al presentar, dentro del plazo estipulado en la presente Póliza para la presentación de pruebas de pérdida, una prueba escrita que cubre la ocurrencia, la naturaleza y el alcance de la pérdida por la cual se hace la reclamación. El aviso debe incluir el nombre del asegurado, el nombre del Asegurado Titular y el número de Póliza.

Prueba de Pérdida. La prueba escrita de pérdida se debe presentar a la Compañía dentro de los 90 días después de la fecha de la pérdida. Si la pérdida es respecto a la Póliza requiere la elegibilidad continúa para pagos periódicos de beneficios, para lo cual se deberán presentar pruebas escritas de elegibilidad posteriores a la periodicidad que la Compañía pueda razonablemente requerir. Si no se presenta la prueba dentro del tiempo requerido ni se invalida ni reduce cualquier reclamación por no ser razonablemente posible dentro del plazo, siempre, se presenta la prueba tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, salvo en ausencia de capacidad legal de el reclamante.

Pago de los reclamos. Tras la recepción de la debida prueba escrita del fallecimiento, el pago por la pérdida de vida de la persona asegurada se realizará al beneficiario del asegurado según se describe en la disposición de Designación de Beneficiarios y Cambio de la Sección de Provisiones Generales.

Tras la recepción de la debida prueba escrita de la pérdida, los pagos por todas las pérdidas, excepto la pérdida de la vida, se hará en nombre (o en nombre de, en su caso) del asegurado. Si el asegurado fallece antes que todos los pagos debidos se hayan hecho, la cantidad aún por pagar se pagará al Beneficiario según se describe en la disposición Designación de Beneficiarios y Cambio de la sección de Disposiciones Generales.

Si cualquier beneficiario es un menor o no es competente para constituir una liberación válida para el pago, se hará el pago al representante legal del beneficiario. Si el beneficiario no tiene tutor legal para su propiedad, se realizará un pago que no exceda \$ 1.000, a elección de la Compañía, a cualquier pariente por consanguinidad o conexión por matrimonio del beneficiario, que en opinión

Visado por


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



de la Compañía, haya asumido la custodia y la tutela del menor o responsabilidad de los asuntos de la persona incompetente.

Cualquier pago que la empresa haga de buena fe, ya no es de responsabilidad de la Compañía en la medida que el pago sea realizado.

Fecha de Pago de los Reclamos. Los beneficios pagaderos conforme a los términos de Póliza por cualquier pérdida que no sea la pérdida para la que esta Póliza estipula un pago periódico será pagadero inmediatamente después de recibir de la Compañía la debida prueba escrita de la pérdida. Sujeto a la recepción de la Compañía de la debida prueba escrita de la pérdida, todos los beneficios acumulados por pérdida para los que esta póliza proporciona pago periódico se pagarán al vencimiento de cada mes durante la continuación del período para el cual la empresa es responsable y cualquier saldo restante no remunerado a la expiración de la responsabilidad será pagado inmediatamente después de recibir dicha evidencia.

DISPOSICIONES GENERALES

Contrato completo; Cambios. Esta póliza, la Solicitud Principal, y cualquier documento adjunto constituyen el contrato completo entre el Asegurado y la Compañía. En ausencia de fraude, todas las declaraciones hechas por el Asegurado o cualquier persona asegurado serán consideradas declaraciones y no garantías. Ninguna declaración escrita hecha por una Persona Asegurada será utilizada en alguna competencia a menos que una copia de la declaración se presente a la Persona Asegurada o su beneficiario o representante personal.

Ningún cambio en esta Póliza será válido hasta que sea aprobado por un oficial de la Compañía. La aprobación debe anotarse o adjuntarse a la presente Póliza. Ningún agente puede cambiar esta Póliza o renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

Cláusula de no impugnación. La validez de esta Póliza no se impugnará después de que ha estado en vigor durante dos años (s) a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza, excepto por la falta de pago de las primas.

Después de una persona asegurada ha sido asegurada bajo esta Póliza por dos año(s) durante su vida, ninguna declaración hecha por la persona asegurada, salvo sea fraudulenta, se utilizará para impugnar una reclamación en virtud de esta Póliza. La Compañía solo podrá impugnar la cobertura si el error se hace en un instrumento escrito firmado por la Persona Asegurada y se entrega una copia al Asegurado, la Persona Asegurada o el beneficiario.

Certificados de seguro. La Compañía proporcionará certificados de seguro para la entrega a cada asegurado donde se describa la cobertura provista, las limitaciones, las reducciones y exclusiones aplicables, y a quien se pagarán beneficios.

Beneficiario de asegurado Designación y cambio. El asegurado designado beneficiario(s) es (son) la persona (s) llamada así por el Asegurado para Póliza de Seguro de Vida Colectivo tal como se muestra en los registros del asegurado en esa póliza, a menos que el asegurado haya nombrado a un beneficiario específicamente para esta Póliza tal como se muestra en los registros de la Compañía o, si así se acordó previamente por la Compañía, los registros del Asegurado en esta Póliza.

Un asegurado que sea mayor de edad y legalmente competente podrá cambiar a su beneficiario en cualquier momento, a menos que se haya hecho una designación irrevocable, sin el consentimiento del beneficiario designado(s), proporcionando la Compañía o, si así se acordó previamente con la Compañía, una solicitud por escrito para el cambio. Cuando la Solicitud Principal es recibida por la Compañía o, si así se acordó previamente con la Compañía, el

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Asegurado, sin importar si el asegurado vive o no, el Cambio de beneficiario se relacionará y estará relacionado y surtirá efecto a partir de la fecha de suscripción de la petición escrita, pero sin perjudicar la Compañía a cuenta de cualquier pago hecho por ella antes de la recepción de la Solicitud Principal.

Si no existe beneficiario designado o ningún beneficiario designado está viviendo después de la muerte de asegurado, los beneficios serán pagados en partes iguales, a los sobrevivientes de primera categoría que son los siguientes: (1) el cónyuge del asegurado; (2) los niños; (3) los Padres; o (4) hermanos y hermanas. Si en esta categoría no se encuentran sobrevivientes, el beneficiario será el patrimonio del asegurado.

Examen Físico. La Compañía, a su costo, tiene el derecho y la oportunidad de examinar a la persona de cualquier individuo cuya pérdida sea la base para la Reclamación en virtud de esta Póliza cuando y las veces que sea requerido razonablemente durante la tramitación de la Reclamación.

Acciones Legales. No podrá entablarse alguna Acción de derecho o de equidad para recuperar esta Póliza antes de la expiración de 60 días después de la presentación de la prueba escrita de la pérdida de acuerdo con los requisitos de esta Póliza. Ninguna acción se podrá entablar después de la expiración de tres años después del tiempo que se requiere proporcionar la prueba escrita.

Incumplimiento de los requisitos de póliza. Cualquier renuncia expresa a la Compañía de los requisitos de esta Póliza no constituirá una renuncia continua de tales requisitos. Cualquier incumplimiento por parte de la Compañía de insistir en el cumplimiento de cualquier disposición de la Póliza no operará como una renuncia o modificación de dicha disposición.

Conformidad con la legislación del estado. Cualquier disposición de esta póliza que, en su fecha de entrada en vigencia, esté en conflicto con la legislación del estado en el que se entrega esta póliza se modificará por medio del presente para adaptarse a los requisitos mínimos de esas legislaciones.

Compensación para Trabajadores. Esta póliza no está en lugar de y no afecta ningún requisito para la cobertura de cualquier Acto de Compensación del trabajador o ley similar.

Error administrativo. Error administrativo, ya sea por el Asegurado o por la Compañía, no anulará el seguro de cualquier Persona Asegurada si el seguro de otro modo habría estado vigente, ni extenderá el seguro de alguna Persona Asegurada si dicho seguro habría terminado o se habría reducido conforme a lo dispuesto en esta Póliza.

Registros. La Compañía tiene el derecho de inspeccionar en cualquier momento razonable, cualquier registro del Asegurado que pueda tener relación con este seguro.

Cesión. Esta póliza no es transferible. Un asegurado podrá ceder todos sus derechos, privilegios y beneficios bajo esta Póliza sin el consentimiento de su beneficiario designado. La Compañía no está obligada por una cesión hasta que la Compañía reciba y presente una copia firmada. La Compañía no se hace responsable de la validez de las cesiones. El cesionario sólo toma los derechos que el cedente posee y tales derechos están sujetos a las leyes estatales y federales y los términos de esta Póliza.

Nuevos candidatos. Esta póliza permitirá que cada cierto tiempo, nuevos candidatos elegibles del Asegurado se añadan a la categoría (s) de las Personas aseguradas originalmente bajo esta Póliza.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Declaración equivocada de Edad. Si las primas para el asegurado son en función de la edad y la Persona asegurada ha tergiversado su edad, habrá un ajuste equitativo de las primas basadas en su verdadera edad. Si los beneficios de la persona asegurada se basan en la edad y la Persona Asegurada ha tergiversado su edad, habrá un ajuste de dicho beneficio basado en su verdadera edad. La Compañía podrá requerir la prueba de edad fehaciente antes de pagar cualquier reclamación.

Asegurado: Universidad Brandeis
 Número de Póliza: SRG 0009143779

CLAÚSULA DE BENEFICIOS EN CASO DE PARÁLISIS

Esta cláusula está adjunta y es parte desde la fecha de entrada en vigencia de la póliza a partir del 15 de agosto de 2014. Aplica sólo con respecto a los accidentes que ocurren durante o después de esa fecha. Está sujeto a todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza a excepción de lo que están modificadas específicamente por esta cláusula.

Beneficios en caso de parálisis. Si la lesión ocurre dentro de los 365 días de la fecha del accidente, en cualquiera de los tipos de parálisis que se especifican a continuación, la Compañía pagará el porcentaje del Monto del seguro contratado que se muestra a continuación para ese tipo de parálisis:

<u>Tipo de Parálisis</u>	<u>Porcentaje de Monto del Seguro</u>
Contratado	
Cuadriplejía.....	100%
Paraplejía.....	50%
Hemiplejía.....	50%
Uniplejía.....	25%

"Cuadriplejía" significa la parálisis completa e irreversible de ambas extremidades superiores e inferiores. "Paraplejía" significa la parálisis completa e irreversible de ambas extremidades inferiores. "Hemiplejía" significa la parálisis completa e irreversible de los miembros superiores e inferiores del mismo lado del cuerpo. "Uniplejía" significa la parálisis completa e irreversible de una extremidad. "Extremidad" significa brazo entero o toda la pierna.

Si la persona asegurada sufre más de un tipo de parálisis como consecuencia del mismo accidente, sólo un monto, el mayor, será pagado.

El Presidente y el Secretario de la National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa. atestigua esta cláusula.

Asegurado: Universidad Brandeis
 Número de Póliza: SRG 0009143779

CLAÚSULA SOBRE EL BENEFICIO DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

Esta cláusula se adjunta y es parte de la póliza a partir del 15 de agosto de 2014. Se aplica sólo con respecto a los accidentes y enfermedades de emergencia que ocurren durante o después de esa fecha. Está sujeto a todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza de excepción de los que sean modificadas específicamente por esta cláusula.

Visado por:


 Secretario Adjunto de la Corporación


 Rector Interino



Beneficio de Evacuación de Emergencia. La Compañía pagará los Gastos de Evacuación de Emergencia cubiertos incurridos razonablemente si el Asegurado sufre una Lesión o Enfermedad de Emergencia que justifique su Evacuación de Emergencia, mientras que él o ella está fuera de un radio de 100 millas de su actual lugar de residencia principal, hasta por un máximo de \$50.000 para todas las Evacuaciones de Emergencia debido a todas las Lesiones causadas por el mismo accidente o todas las Enfermedades de Emergencia de causas similares o relativas

El médico que ordena la evacuación de emergencia debe certificar que la gravedad del accidente o enfermedad de emergencia de la Persona Asegurada justifica su evacuación de emergencia. Todo el transporte realizado para la evacuación de emergencia debe ser la ruta más directa y económica posible.

Beneficio en viaje familiar. Después de una evacuación de emergencia el cual es reconocido bajo esta póliza, la Compañía pagará los gastos incurridos:

1. Para regresar a su lugar actual de residencia principal, con un acompañante si es necesario, cualquiera de los hijos de la Persona Asegurada que acompañaban a la Persona Asegurada cuando ocurrió el accidente o enfermedad de emergencia; pero que no exceda el costo de un ticket aéreo de ida en clase económica menor al valor del crédito aplicado por todas las entradas no utilizadas viaje de regreso por niño; y

2. Para traer una persona elegida por el asegurado hacia y desde el hospital u otro centro médico, donde se limita la persona asegurada se encuentra si la persona se encuentra sola y si el lugar de confinamiento está fuera de un radio de 100 millas de la residencia principal de la persona asegurada; pero que no exceda el costo de un ticket aéreo de ida y vuelta en clase económica.

Travel Guard debe hacer todos los arreglos y debe autorizar todos los gastos en adelante por cualquier beneficio escrito en esta cláusula. La Empresa se reserva el derecho de determinar la prestación deba ser pagada, incluyendo reducciones, si no es posible ponerse en contacto con el Guardia de viajes con antelación.

La sección de Exclusiones de la póliza no aplica a esta Cláusula.

Niños – en lo que se refiere a esta Cláusula, significa hijos solteros, incluyendo hijo biológico, hijastro, de adopción temporal o niños adoptados desde el momento de la colocación en el hogar de la persona asegurada, menores de 18 años y que dependan principalmente de la persona asegurada para su crianza y manutención. Sin embargo, el límite de edad no se aplica a un niño que: (1) cumple de otra manera con la definición de los Niños; y (2) es incapaz de tener un empleo por motivos de incapacidad mental o física.

Gasto(s) cubiertos para una evacuación de emergencia – como se usa en esta Cláusula, significa un gasto que: (1) se carga al Servicio de Evacuación de Emergencia Médicamente Necesario; (2) no es superior al nivel habitual de los cargos por transporte, tratamiento, servicios o suministros en la localidad donde se incurre en los gastos similares; y (3) no incluye cargos que no se habrían hecho si no existiera el seguro.

Evacuación de Emergencia – en lo que se refiere a ésta cláusula, significa, si justificado por la gravedad de la accidente o enfermedad de emergencia de la persona asegurada: (1) Transporte inmediato del asegurado desde el lugar donde él o ella sufre una accidente o enfermedad de emergencia al hospital más cercano u otro centro médico, donde se puede obtener el tratamiento médico adecuado; (2) el transporte del Asegurado a su actual lugar de residencia principal para obtener tratamiento médico en un hospital u otro centro médico o para recuperarse después de sufrir una accidente o enfermedad de emergencia y ser tratados en un hospital local u otro centro médico; o (3) ambos (1) y (2) anteriores. Una evacuación de emergencia también incluye el

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



tratamiento médico, servicios médicos y suministros médicos necesariamente recibidos en relación con dicho transporte.

Enfermedad de emergencia – como se usa en esta Cláusula, significa una enfermedad o dolencia, diagnosticada por un Médico, que se reúne todos los siguientes criterios: (1) está presente un síntoma grave o agudo que requiere atención inmediata y la imposibilidad de obtener esos cuidados pueda resultar en un grave deterioro de la condición de la persona asegurada o poner su vida en peligro; (2) el síntoma grave o agudo ocurre de repente y de forma inesperada; y (3) el síntoma grave o agudo se produce mientras la póliza está en vigor en cuanto a la persona que sufre el síntoma.

Medicación Necesaria para el Servicio de Evacuación de Emergencia - como se usa en esta Cláusula, significa cualquier transporte, tratamiento médico, servicio médico o suministro médico que: (1) Es una parte esencial de una evacuación de emergencia debido a la accidente o enfermedad de emergencia que se prescribe u ordena; (2) cumple con los estándares de la práctica médica generalmente aceptados; y (3) o es ordenado por Un médico y se Realiza bajo su cuidado con o supervisión u orden, o es requerida por regulaciones necesarias: regulaciones del transporte de la persona Asegurada.

Transporte – como se usa en esta Cláusula, se refiere a transportar al asegurado durante una evacuación de emergencia por tierra, agua o transporte aéreo. Los Medios de transporte incluyen, pero no se limitan a, ambulancias aéreas o terrestres y vehículos motorizados privados.

El Presidente y el Secretario of National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa. atestigua esta clausula

Asegurado: Universidad Brandeis
Número de Póliza: SRG 0009143779

CLÁUSULA DE BENEFICIOS PARA LA REPATRIACIÓN DE RESTOS

Esta Cláusula se adjunta y es parte de la póliza a partir del 15 de agosto de 2014. Se aplica sólo con respecto a la pérdida de la vida que ocurre durante o después de esa fecha. Engloba todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza a excepción de lo que sean modificadas específicamente por esta cláusula.

Repatriación de los Restos de beneficios. Si un Asegurado sufre pérdida de vidas debido a accidente o enfermedad de emergencia, mientras se encuentre fuera de un radio de 100 millas del lugar de residencia principal, la Compañía cubrirá los gastos para regresar su cuerpo al lugar de residencia primaria, hasta por un máximo de \$50.000.

Los gastos cubiertos incluyen, pero sin estar limitados a: (1) el embalsamamiento o cremación; (2) los ataúdes más económicos o recipientes adecuados para el transporte de los restos; y (3) el transporte de los restos por la ruta más directa y económica.

Travel Guard debe hacer todos los arreglos y debe autorizar todos los gastos de antemano para que este beneficio sea pagado. La Empresa se reserva el derecho de determinar la prestación debida, incluyendo cualquier reducción, si no fuera posible ponerse en contacto con Travel Guard con antelación.

Enfermedad de emergencia - como se usa en esta Cláusula, significa una enfermedad o dolencia, diagnosticada por un médico, que reúne todos los siguientes criterios: (1) está presente un síntoma grave o agudo que requiere atención inmediata y la imposibilidad de obtener esos

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



cuidados pueda resultar en un grave deterioro de la condición de la persona asegurada o poner su vida en peligro; (2) el síntoma grave o agudo ocurre de repente y de forma inesperada; y (3) el síntoma grave o agudo se produce mientras la póliza está en vigor en cuanto a la persona que sufre el síntoma.

Exclusión 2 en la sección de Exclusiones de la Póliza no aplica a esta cláusula. Además de las exclusiones en la sección Exclusiones de la Póliza, Repatriación de Restos beneficios no se pagan si la pérdida de la vida es causado en su totalidad o en parte, o por, resultados en su totalidad o en parte, de cualquier condición en que la persona asegurada tenga derecho a prestaciones bajo la Ley de Compensación al Trabajador o una ley similar.

El Presidente y el Secretario de la National Union Fire Insurance Company de Pittsburgh, Pa. atestigua cláusula:

Asegurador: Universidad Brandeis
Número de Póliza: SRG 0009143779

ENDOSO SOBRE EXCLUSIONES Y DEFINICIÓN DE LESIÓN

Este endoso se adjunta y es parte desde la Fecha de Entrada de Vigencia de la Póliza a partir del 15 de agosto de 2014. Esto aplica sólo con respecto a los accidentes que ocurren durante o después de esa fecha. Engloba a todas las disposiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza excepto las que se han modificado específicamente por este endoso.

1. La definición de lesión en la sección Definiciones de esta Póliza se elimina y se sustituye por el siguiente:

Lesión - significa accidente corporal: (1) que sucede como resultado directo de un accidente involuntario, inesperado que ocurre mientras la cobertura de la póliza de la persona lesionada se encuentra vigente, y (2) el cual directamente (independiente de la enfermedad, dolencia, incapacidad mental, enfermedad corporal o cualquier otra causa) cause una pérdida cubierta.

2. La sección de Exclusiones de la Póliza se elimina y se sustituye por el siguiente:

Exclusiones

No habrá cobertura bajo esta Póliza y ningún pago se efectuará por cualquier pérdida resultante en todo o en parte de, o que haya contribuido en, o como consecuencia natural y probable en cualquiera de los siguientes riesgos excluidos:

1. Suicidio o cualquier intento de suicidio o lesión intencionalmente auto infligida o cualquier intento de lesión auto infligida intencionalmente o autoerotismo.
2. Enfermedad, dolencia, incapacidad mental o enfermedad corporal si la pérdida resulta directa o indirecta de cualquier de estas.
3. Viaje o vuelo en o sobre (incluye entrar o salir, o dentro o fuera de) cualquier vehículo utilizado para la navegación aérea, si la persona asegurada está:
 - a. viajando como pasajero en cualquier avión no previsto o autorizado para el transporte de pasajeros; o
 - b. Desempeñándose, aprendiendo a desempeñarse o entrenado a otras personas como pilotos o miembro de la tripulación de cualquier aeronave; o
 - c. Viajando como pasajero en un avión prestado, operado o perteneciente al asegurado o al empleador de la persona asegurada.
4. Guerra declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra declarada o no declarada.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



5. Infecciones de cualquier tipo, independientemente de cómo se contrae, excepto infecciones causadas por infecciones bacterianas causadas directamente por el botulismo, intoxicación por alimentos o corte accidental o herida independiente y en ausencia de cualquier enfermedad subyacente, dolencia o condición incluyendo no solo a la diabetes.
6. Servicio activo a tiempo completo en las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o cuerpo de reserva de cualquier país o autoridad internacional. (Prima no devengado por cualquier período durante el cual la persona asegurada no está cubierta debido su estado de servicio activo será reembolsado) (Pérdida causada mientras se encuentra en un corto plazo en la Guardia Nacional o en el servicio de reserva para fines de capacitación programada regularmente no se excluye.).
7. La persona Asegurada está bajo la influencia de bebidas alcohólicas mientras maneja un vehículo o medio de transporte.
8. La persona Asegurada está bajo la influencia de drogas a menos que las tome bajo prescripción de un Médico.
9. La comisión de la Persona Asegurada o intento de cometer un delito grave.
10. El tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad, dolencia, la incapacidad mental o enfermedades corporales si es que la pérdida resulta directamente o indirectamente del tratamiento.
11. Derrame o accidente cerebro vascular; accidente o evento cardiovascular; Infarto de miocardio o ataque al corazón; Trombosis coronaria; aneurisma.

AVISO IMPORTANTE A NUESTROS CLIENTES CON RESPECTO A LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS

Sus derechos como asegurado y pagos hacia su persona, el asegurado, asegurado adicional, beneficiario de la pérdida, acreedor hipotecario, o el solicitante, para la pérdida bajo esta póliza pueden verse afectados por la administración y solicitud de los embargos económicos de Estados Unidos y las sanciones comerciales por la OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS ("OFAC").

¿QUÉ ES LA OFAC?

OFAC es una oficina del Departamento de Tesorería que actúa en tiempos de guerra presidencial y tiene poderes nacionales de emergencia, así como la autoridad otorgada por la legislación específica, para imponer controles sobre las transacciones y congelar los activos extranjeros bajo la jurisdicción de Estados Unidos. OFAC administra y hace cumplir los embargos económicos y las sanciones comerciales principalmente contra:

- Los países extranjeros objetivos y sus agentes
- Agencias y organizaciones que patrocinan el terrorismo
- Traficantes internacionales de narcóticos

ACTIVIDAD PROHIBIDA

- OFAC impone ciertos embargos y sanciones contra ciertos países designados. Ninguna empresa estadounidense o persona puede entrar en ciertas transacciones en o conectado a dichos países designados "sancionados".
- OFAC mantiene un directorio conocido como la lista de "Nacionales Designados y Personas Bloqueadas" ("SDNBP, por sus siglas en inglés"). Ninguna empresa estadounidense o persona puede hacer negocios con alguna persona o entidad nombrada en la lista del SDNBP.

Para más información en detalle, la OFAC está disponible en la siguiente dirección:
<http://www.ustreas.gov/offices/eotffc/ofac>.

Visado por:


 Secretario Adjunto de la Corporación


 Rector Interino



OBLIGACIONES IMPUESTAS EN EE.UU. POR OFAC

Si determinamos que usted o cualquier asegurado, asegurado adicional, beneficiario de la pérdida, acreedor hipotecario, reclamante no están en la lista de la SDNBP o está ligado a un país sancionado como se describe en las regulaciones impuestas por la OFAC, debemos bloquear o "congelar" la propiedad y el pago de cualquier transferencias de fondos o transacciones y reportan todos los bloques a la OFAC dentro de los diez (10) días.

ACCIONES POTENCIALES DE EE.UU.

1. Podemos cancelar de inmediato su cobertura efectiva el día en que determinamos que hemos realizado transacciones comerciales con un individuo o entidad asociada con su póliza en la lista SDNBP o está relacionado a un país sancionado como se describe en las regulaciones impuestas por la OFAC.
2. Si cancelamos su cobertura, usted no recibirá su prima a menos que sea aprobado por la OFAC. Todos los fondos serán colocados en una cuenta bloqueada establecida en los libros de una institución financiera de los EE.UU.
3. No se pagará ningún reclamo, dinero o activos de ningún tipo a las personas, entidades o empresas (incluyendo un banco) que esté en la lista de SDNBP o conectado a un país sancionado como se describe en las regulaciones impuestas por la OFAC. Y, no vamos a defender o brindar ningún otro beneficio bajo su póliza a personas, entidades o empresas en la lista de SDNBP o conectado a un país sancionado como se describe en las regulaciones impuestas por la OFAC.

SUS DERECHOS COMO ASEGURADO

Si los fondos son bloqueados o congelados por nosotros en conjunto con la OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS, es posible completar una "SOLICITUD DE LA LIBERACIÓN DE LOS FONDOS BLOQUEADOS" y solicitar una licencia específica para pedir su liberación. Los formularios están disponibles para su descarga en el sitio web de la OFAC. Ver <http://www.ustreas.gov/offices/eotffc/ofac/legallformslicense.pdf>

AIG Property Casualty

EE.UU. Aviso de seguridad de información y privacidad

Acerca de este aviso

Este Aviso de Seguridad de Información y Privacidad sólo se aplica a su Información Personal (ver definición más abajo) obtenido por una Compañía de Seguros de Bienes y Daños subsidiarles o afiliados a American International Group, Inc. que aparece al final de esta notificación (colectivamente, las "Compañías de AIG" o "nosotros") en relación con los productos o servicios de una de esas empresas provistos principalmente para fines familiares, domésticos o personales en relación con la cual usted está recibiendo este previo aviso.

Las Empresas de AIG han establecido prácticas, procedimientos y protecciones del sistema que se han diseñado para ayudar a proteger la privacidad y seguridad de información personal que recogemos en el curso de la realización de nuestro negocio. Este aviso describe cómo recopilamos, manejamos y divulgamos información personal sobre usted.

El término "Información Personal", como se usa en este Aviso de Seguridad de Información y Privacidad, es la información que le identifique personalmente. Ejemplos de información personal incluyen, pero no se limitan a, un nombre y apellido, una casa u otra dirección física, una dirección E-mail, una cuenta financiera o número de tarjeta de crédito, número de licencia de conducir, y la información sobre su estado de salud o estado físico.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



I. Privacidad de Información

Nosotros podemos recopilar información Personal de aplicaciones, formularios de inscripción, en el procesamiento de reclamaciones, o en otras interacciones con nosotros y con nuestros afiliados. También podemos recopilar información personal de agencias de informes de crédito y otras terceras partes en relación con la venta de nuestros productos hacia usted.

Nosotros vamos a recoger información personal sólo de acuerdo con las leyes o reglamentos aplicables, en respuesta a su petición de un servicio o producto de nosotros, por lo demás.

Información Compartida

Podemos compartir su información personal con los afiliados y no afiliados, como se describe a continuación.

Con nuestros afiliados: Nuestros afiliados pueden incluir otras compañías de seguros, compañías de cartera de seguros, agentes de seguros y agencias, afirma administradores, empresas de marketing, proveedores de servicios de comercio electrónico, y las empresas que prestan servicios administrativos.

Podemos compartir su información personal, incluyendo información personal en áreas de salud, con nuestros Afiliados que nos ayudan en el mantenimiento de sus pólizas de seguro. Ejemplos de ello son la administración (facturación y recaudación), gestión de riesgos, aseguramiento y gestión de siniestros. También podemos compartir su información personal con nuestros AFILIADOS con el fin de detectar y prevenir el fraude, según las indicaciones o autorizada por usted, así como permitido o requerido por la ley.

Con los no afiliados:

Nosotros podemos compartir su información personal, incluyendo información personal sobre su salud, con los no afiliados que nos ayudan en el mantenimiento de sus pólizas de seguro. Ejemplos de ello son la administración (facturación y recaudación), gestión de riesgos, aseguramiento y gestión de siniestros. También podemos compartir su Información personal con los NO AFILIADOS con el fin de detectar y prevenir el fraude, según las indicaciones o autorizada por usted así como permitido o requerido por la ley.

También nosotros podemos llegar a acuerdos de comercialización conjunta con los no afiliados para compartir su información personal no sanitario según lo permitido por la ley. Estos no-afiliados pueden incluir proveedores de productos o servicios financieros, como las compañías de seguros, instituciones financieras y sociedades de valores.

Debido a que no compartimos Información personal, ya sea con los afiliados o no afiliados de alguna otra manera, no hay necesidad de un proceso de exclusión en nuestros procedimientos de privacidad.

Para California y Residentes de Vermont: LF solo se compartirá información personal con los No Afiliados permitido por la ley, no vamos a hacerlo sin obtener primero su permiso.

II. Seguridad de Datos

Para ayudar a prevenir la divulgación injustificada de su información personal y asegurarlo contra el robo, utilizaremos red de informática segura. El acceso está restringido a aquellas personas que tienen necesidad comercial de utilizar su Información personal para proporcionarle productos o

Visado por



Secretario Adjunto de la Corporación



Rector Interino



servicios. También mantenemos garantías procesales físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger su información personal en cumplimiento con la privacidad estatal y federal y leyes de seguridad de información. Los No Afiliados que nos ayudan en el mantenimiento de las pólizas de seguro o que entran en acuerdos de comercialización conjunta deberán tomar medidas para mantener la seguridad de su información personal en el cumplimiento de la privacidad federal y estatal y las leyes de seguridad de la información.

III. Conservación de la Información Personal

También mantenemos procedimientos para garantizar que la información personal que recopilamos sea precisa, actualizada y lo más completa posible. Si cree que la información que tenemos sobre usted en nuestros registros o archivos es incompleta o inexacta, usted puede pedir que hagamos adiciones o correcciones, o si es posible, que borremos esta información de nuestros archivos. Usted puede hacer esta solicitud por escrito a (incluir su nombre, dirección y número de póliza):

Jefe de Privacidad
AIG Property Casualty
180 Maiden Lane, New York piso 40, NY 10038
Fax: 212 458-7081
E-Mail: CIPrivacy@aig.com

Aviso Especial: Se puede obtener acceso a cualquier Información personal no pública que tenemos sobre usted si se identifica correctamente y presenta una solicitud por escrito a la dirección antes mencionada que describe la información que desea revisar. También le dirá la identidad, si se ha grabado, de personas a las que hemos divulgado su información personal no pública dentro de los dos años anteriores.

Usted puede solicitar qué corregir, modificar o eliminar la información sobre usted. Si lo hacemos, se lo notificaremos a organizaciones que nos proporcionó dicha información y, si lo solicita, a las personas que recibieron esa información de nosotros en los dos años anteriores. Si no podemos conceder su petición para corregir, modificar o suprimir la información, usted puede darnos una declaración escrita de las razones por las que no está de acuerdo, u será colocada en su archivo y se dará a conocer a las mismas partes que habrían sido notificadas del cambio solicitado.

Nuestros clientes pueden confiar en nosotros

Nos comprometemos a mantener nuestra relación de confianza con nuestros clientes. Consideramos que es nuestro privilegio de servir a nuestros clientes con sus financieras y valoramos la confianza que han depositado en nosotros. La privacidad de nuestros clientes es una prioridad. Vamos a continuar monitoreando nuestras prácticas con el fin de proteger esa privacidad y cumpliremos con las leyes de privacidad estatales que requieren más prácticas restrictivas que las establecidas en este aviso.

Información importante Concerniente a la Aplicabilidad y Futuros Cambios a este Privacidad y Aviso de Seguridad de Datos

Podemos cambiar esta Privacidad y Aviso de Seguridad de Datos de vez en cuando, y si algunos cambios particulares son requeridos por ley, le será comunicado a usted.

Las Empresas de AIG incluyen: American Home Assurance Company ; AIG Assurance Company ; AIG Property Casualty Company; AIG Specialty Insurance Company; Commerce and Industry Insurance Company; Granite State Insurance Company; Illinois Nacional Insurance Co .; Lexington

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Company Insurance ; National Union Fire Insurance Company de Pittsburgh, Pa .; National Union Fire Insurance Company of Vermont ; New Hampshire Insurance Company ; The Insurance Company of the State of Pensilvania; American International Life Assurance Company of Nueva York ; and American General Life Insurance Company of Delaware.

**HIPAA Aviso de Privacidad
AIG Property Casualty**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Acerca del Aviso

Usted está recibiendo este aviso es porque usted tiene seguro por accidente individual o colectivo y de

Salud (A & H) La póliza de una de las propiedades de víctimas filiales de compañías de seguros o afiliados de American Intemacional Group, Inc. (Colectivamente, las "Compañías de AIG" o "nosotros") aparecen al final de este aviso.

Si la póliza de seguros A&H que usted tiene no provee pago por el costo de la atención médica, entonces este aviso sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus iniciales en inglés) no se aplica a usted. En ese caso, el aviso sobre la AIG Property Casualty y Data Security seguridad describe nuestras prácticas de privacidad y sus derechos bajo las leyes estatales relacionadas a la salud personal y otra información personal que hayamos recopilado sobre usted al momento de hacer negocios.

Si la póliza de seguros A&H que usted tiene proporciona el pago por el costo de la atención médica, la AIG Property Casualty Privacy and Data Security aplica y de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos nos obliga a enviarle información adicional de nuestras obligaciones y sus derechos, bajo ley federal.

Nuestros deberes

Estamos obligados a mantener la privacidad de la información de salud protegida y brindarle a usted comunicados sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. "Información de salud protegida" incluye cualquier información identificable que obtenemos de usted u otras personas que se relacione con su salud física o mental, la atención médica que ha recibido, o pago realizado para su atención médica.

Estamos obligados a acatar los términos de este aviso actualmente vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer las nuevas disposiciones efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos. En caso revisamos las prácticas de privacidad descritas en este aviso, se le haremos saber mediante correo.

Sus Derechos Individuales

Con respecto a la información protegida de salud, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgación de información de salud protegida incluyendo los usos y divulgaciones enumerados en este aviso y revelaciones por ley permitidos. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada excepto para una solicitud de restricción de su información de salud protegida en la que ha pagado el costo del artículo de atención médica o servicio en su totalidad y la divulgación no es requerido por la ley;

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



2. El derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información protegida de salud por medios o en lugares;
3. El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida en nuestros registros, ya sea en papel o en formato electrónico en la medida en que mantengamos estos registros electrónicamente, excepto:
 - Para tratamiento de psicoterapia;
 - Para compilar información en previsión razonable de o para su uso en una o una acción administrativa civil o de procedimientos;
 - Para proteger información sobre estado de salud sujeto a ley donde se prohíba el acceso a esa información; o
 - Si la información de salud protegida se obtuvo de alguien que no sea por parte de nosotros bajo una promesa de confidencialidad y el acceso solicitado sería muy probable que revele la fuente de la información.

También podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida si:

- un profesional de la salud ha determinado que el acceso solicitado es muy probable que ponga en peligro su vida o su integridad física o la vida o la integridad física de otra persona;
- La información de salud protegida hace referencia a otra persona y un profesional de la salud ha determinado que el acceso solicitado es razonablemente probable que cause daño sustancial a SUEH otra persona; o
- un profesional de la salud ha determinado que el acceso solicitado por su representante personal es muy probable que cause daño sustancial a usted u otra persona.

Si nos negamos acceso a una de las tres razones mencionadas, usted tiene derecho a que se revise la negación de conformidad con la legislación aplicable;

4. El derecho de enmendar su información de salud protegida contenida en nuestros registros. Sin embargo, si la información no fue creada por nosotros, no es parte de sus registros médicos o de facturación, no está disponible para su inspección, o la información es exacta y completa, no estamos obligados a modificar la información;
5. El derecho de recibir un informe sobre las divulgaciones hechas sobre su salud hecha por nosotros en los seis años anteriores a la fecha en que se solicita el informe, a excepción en las divulgaciones que:
 - Realizar el pago y atención médica que se proporciona a continuación;
 - A efectos de notificaciones, conforme a lo dispuesto por la ley;
 - Por razones de seguridad nacional o de inteligencia, según lo previsto por la ley;
 - A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, según lo previsto por la ley; o
 - Ocurrió antes del 14 de abril del 2003;
6. El derecho de obtener una copia impresa de este aviso a petición si usted está viendo este aviso electrónicamente; y
7. El derecho a ser notificado de una violación de la información de salud protegida sin garantía. Información de salud protegida sin garantía significa información de salud protegida que no está asegurada a través del uso de una tecnología o metodología especificada por el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Usos y Divulgación de la Información sobre Salud Protegida

Bajo la ley federal, se nos permite usar y divulgar información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago y atención médica.

- Tratamiento. No proporcionamos tratamiento.
- Pago. El pago se refiere a las actividades relacionadas con el pago de la prima y el pago de las reclamaciones.

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Ejemplos de usos y revelaciones bajo esta sección incluyen: (1) el intercambio de información de salud protegida con otros aseguradores para determinar la coordinación de beneficios, la administración de las reclamaciones, determinación de cobertura, y la prestación de los beneficios; y (2) el intercambio de información de salud protegida con administradores de terceras partes para la tramitación de las reclamaciones.

- Operaciones. Operaciones se refiere a las funciones necesarias para nosotros operemos, como las actividades de control de calidad, auditorías, y las respuestas a las reclamaciones.

Ejemplos de usos y divulgaciones bajo esta sección incluyen: (1) el uso de la información de salud a efectos de la suscripción y el cálculo de las tasas de prima; (2) el uso de la información de salud para el desarrollo legal, actuaria, y los servicios de auditoría; (3) la divulgación de información de salud protegida al responder a las quejas; y (4) el uso de la información de salud protegida para el análisis de datos generales y la gestión a largo plazo y la planificación. No utilizamos información de salud protegida que es información de salud genética para fines de suscripción. La información genética incluye información relativa a la manifestación de una enfermedad o condición de un miembro de la familia mientras que la información sobre una enfermedad condición ora perteneciente a un individuo específico no es la información genética.

También podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley, incluyendo los siguientes:

- A usted, como el individuo con cobertura de seguro;
- A un representante personal designado por usted para recibir información de salud protegida o a un representante personal designado por la ley, como el padre, madre o tutor legal del niño, o de los miembros supervivientes de la familia o el representante de la herencia de una persona fallecida;
- Al Secretario de Salud y Servicios Humanos, o cualquier empleado del mismo, como parte de una investigación para determinar nuestro cumplimiento con las Normas de Privacidad HIPAA;
- Socio comercial como parte de un acuerdo de contrato para realizar servicios para el plan;
- A una agencia de vigilancia de la salud, como por ejemplo la Oficina del Comisionado en Salud, para responder a consultas o investigaciones del plan, solicitudes para auditar el plan, o para obtener las licencias necesarias;
- En respuesta a una orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento u otro procedimiento judicial o proceso administrativo;
- Según sea necesario para hacer cumplir la ley; o
- Según sea necesario para cumplir con Compensación de Trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Los ejemplos de usos y divulgaciones enumerados anteriormente permitidas no es unalista completa sobre las maneras en que la información protegida de salud puede ser utilizada. Se proporcionan para describir en general los tipos de usos y revelaciones que se pueden hacer.

No utilizamos información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos, sin embargo, si tuviéramos que hacerlo, le proporcionará con el derecho de optar por tal uso.

No utilizaremos su información de salud protegida para alguna de las siguientes actividades sin obtener su autorización previa y por escrito:

- Las actividades de marketing utilizando la información de salud protegida;
- Cualquier revelación que constituye una venta de información de salud protegida; o
- El uso o la divulgación de notas de psicoterapia.

Otros usos y divulgaciones de su información protegida de salud se pueden hacer sólo con su autorización por escrito a menos que sea permitido o requerido por la ley. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a nosotros sobre este deseo. Vamos a honrar una solicitud para revocar a partir del día de su recepción y en la medida

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



que no hemos ya utilizado o revelado su información de salud protegida de buena fe con la autorización.

Quejas Sobre Sus Derechos de Privacidad

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede ponerse en contacto con el Secretario de Salud y Servicios Humanos, o puede presentar una queja por escrito con nosotros en la siguiente dirección. La ley federal nos prohíbe tomar represalias contra usted por presentar una queja.

Contáctenos

Para obtener información sobre cualquier asunto comprendido en este aviso por favor póngase en contacto con:

**Jefe de Privacidad AIG Property Casualty
175 Water Street, 15th Floor 1 Nueva York, N.Y.10038
Teléfono: 1-866-244-4786
E-mail: CIPrivacy@aig.com**

Fecha de entrada de Vigencia

La fecha de entrada de vigencia de esta notificación es el 23 de septiembre de 2013. Las compañías de AIG incluyen: American Home Assurance Company; Chartis Specialty Insurance Company; National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa.; The Insurance Company of the State of Pennsylvania; American General Life Insurance Company of Delaware; and American International Life Assurance Company of New York.



EL ENDOSO CAMBIA LA POLIZA, POR FAVOR LEA CON CUIDADO ENDOSO

Este aval, que entra en vigencia a partir del 15 de agosto del 2014 12:01a.m., forma una parte de SRG 0009143779 expedida a Universidad Brandeis por la National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa.

ENDOSO SOBRE COBERTURA DE TERRITORIO

Este endoso modifica el seguro provisto bajo el siguiente:

El pago de la pérdida bajo esta póliza sólo se hará en el pleno cumplimiento con todos los Estados Unidos de América, leyes o regulaciones de sanción económica o comercial, incluyendo, pero no limitado a, las sanciones, las leyes y reglamentos administrados y aplicados por el Departamento de Tesorería de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC).

AVISO ASEGURADO

Gracias por la compra de seguro de una compañía miembro del Grupo Americana Internacional, Inc. (AIG). Las empresas miembros de AIG generalmente pagan una indemnización a los corredores y agentes independientes, y pueden haber pagado una indemnización en relación con su póliza. Usted puede revisar y obtener información acerca de la natura y la gama de compensación pagada por las empresas miembros de AIG a los corredores y agentes independientes en los Estados Unidos visitando nuestro sitio web en www.aig.com/producercorpencompensation o llamando al 1-800-706-3102.

**PLAN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Plan de Beneficios 001, 002**

Visado por:

Secretario Adjunto de la Corporación

Rector Interino



Todas las prestaciones de salud que se muestran en este programa están sujetos a lo siguiente: Vida y Máximos anuales, deducibles, Copagos, porcentajes en planes de participación y fuera de los máximos de efectivo. Para mayores detalles de los gastos en efectivo, sección de este SPD.

Beneficios están sujetos a todas las provisiones de este Plan que incluye cualquier beneficio determinado basado en una evaluación de hechos médicos y beneficios cubiertos. Para mayor detalle referido a la cobertura de beneficios médicos y Exclusiones Generales.

Importante: Podrá exigirse autorización previa antes de que los beneficios sean considerados para su pago. A la imposibilidad de obtener una autorización previa puede derivar en una multa o el aumento de los gastos en efectivo. Consulte a la sección de gestión de la utilización de este SPD para obtener una descripción de estos servicios y el proceso de autorización previa.

Notas: Consulte la sección de red del proveedor para aclaraciones y posibles excepciones a la Red o fuera de la red para aclaraciones.

Si un beneficio máximo es listado en el medio de la columna en la lista de prestaciones, significa que es una combinación de un beneficio máximo que el asegurado recibe de todos fuera de la red y de los proveedores y facilidades de la red.

	EN-RED	FUERA DE LA
Deducible Anual por año calendario: <i>Nota: Gastos Farmacéuticos y Médicos están sujetos al mismo deducible</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Única • Cobertura Familiar 	\$1,500 \$3,000	\$2,000 \$4,000
Porcentaje Plan de Participación, A continuación a menos que se indique lo contrario: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después de satisfecho el deducible 	100%	70%
Máximo Efectivo Anual: <i>Nota: Gastos de Farmacia y Médicos están sujetos al mismo máximo efectivo</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Única • Cobertura Familiar 	\$2,000 \$4,000	\$ 5,000 \$10,000
Tratamiento de Acupuntura: <ul style="list-style-type: none"> • Máximo Visitas por Año Calendario • Paid By Plan After Deductible 	100%	70%
Transporte en Ambulancia: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después de deducible en Red 	100%	100%
Servicio Quiropráctico: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del Deducible <i>Nota: Necesidad Médica será revisada después de 25 Visitas.</i>	100%	70%
Equipo Médico Duradero: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después de Deducible 	100%	70%



Visado por:

[Signature]

Secretario Adjunto de la Corporación

[Signature]

Rector Interino



<p>Servicio de Emergencia/Tratamiento Cuidado Urgente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del Deducible en Red 	100%	100%
<p>Sala Primero Auxilios/Médicos de Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del Deducible en Red 	100%	100%
<p>Se ha realizado la prueba de detección del VIH en la sala de emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de Exámenes por año Calendario • Pagado por el Plan después del Deducible en Red. 	100%	100%
<p>Cuidados prolongados y beneficios tales como atención de enfermería especializada, convalecencia o facilidad subaguda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximo de Exámenes por año Calendario • Pagado por el Plan después del Deducible en Red. 	100%	70%
<p>Servicios de Audición Exámenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado después del deducible 	100%	70%
<p>Dispositivo de Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo c/2 años calendarios • Pagado por el Plan después del Deducible en Red. 	100%	70%
<p>Beneficios del Cuidado de la Salud en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máximos de Visitas por Año Calendario • Pagado por el Plan después del deducible <p>Nota: visita para atención médica en el hogar considera una visita periódica, ya sea por una enfermera o terapeuta. Según sea el caso hasta 4 horas.</p>	100%	70%
<p>Beneficios Cuidado Hospitalario: Servicios Hospitalarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del deducible 	100%	70%
<p>Asesoramiento duelo-Pagado Plan después del deducible</p>	100%	70%
<p>Servicios Hospitalarios Prueba pre-admisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del deducible 	100%	70%
<p>Servicios de internamiento/Médico y sala de internamiento, cargo sujeto al pago por habitación semi privada o de tarifa negociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del 	100%	70%

Visado por:


 Secretario Adjunto de la Corporación


 Rector Interino



Deducible Servicios Ambulatorios/cargos médicos Ambulatorios • Pagado por el Plan después del deducible	100%	70%
Cargos de laboratorio y rayos X ambulatorios • Pagado por el Plan después del deducible	100%	70%
Cirugía ambulatoria/Cargos Cirujano • Pagados por el plan después de deducible. Salud mental, Abuso de sustancias químicas. Beneficios de Dependencia: • Pagado por el Plan después del deducible	100%	70%
Visita al consultorio médico. • Pagados por el plan después de deducible	100%	70%
Servicios Consultorio: • Pagados por el plan después de deducible	100%	70%
Preventivo/Cuidados de rutina. Ver glosario de Términos. Beneficios Incluyen: Preventivo/Exámenes Físicos de Rutina. • Pagados por el plan después de deducible Inmunizaciones: • Pagados por el plan después de deducible Preventivo/Análisis Rutinarios, Labor. y Rayos X • Pagados por el plan después de deducible Preventivo/Exámenes Mamaros • Máximo de Exámenes por año Pagado por el Plan Preventivo/Exámenes Pélvicos-Papanicolao • Máximo de Exámenes por año Pagado por el Plan Preventivo/Prueba PSA Examen Próstata Colonoscopia, Sigmoidoscopia y procedimientos quirúrgicos de rutina realizados por razones preventivas. Pagado por el Plan Exámenes Auditivos: • Pagados por el plan después de	100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100% 1 Examen 100%(Exonerado Deducible) 1 Examen 100%(Exonerado Deducible) 1 Examen 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible)	70% 70% 70%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible)

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



deducible Adicción al Tabaco: • Pagados por el plan después de deducible	100%(Exonerado Deducible)	100%(Exonerado Deducible)
Beneficios Transtorno Temporomandibular • Máximo de Beneficio por año • Pagados por el plan después de deducible	\$1,000 100%	70%
Servicios de Terapia: • Pagados por el plan después de deducible Nota: Se revisará después de 25 visitas	100%	70%
Beneficios de Cuidado Visión: Examen de Ojos Beneficio Máximo por año Máximo de Exámenes por Año • Pagado por el Plan Refracción Incluido en la Máxima • Pagado por el Plan Lentes – Todo Máximo Beneficio por Año • Pagado por el Plan Monturas: Incluido en la Máxima • Pagado por el Plan Contactos Electivos Incluido en la Máxima • Pagado por el Plan Prescripción Gafas de Sol Incluido en la Máxima • Pagado por el Plan Terapia de la Visión • Pagados por el plan después de deducible	\$75 1 Examen 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) \$75 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible)	100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) \$75 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible) 100%(Exonerado Deducible)
Pelucas, postizos o Toupees relacionados con Cáncer y Alopecia Areata • Máximo Beneficio por Tiempo de Vida • Pagados por el plan después de deducible	\$500 100%	 100%
Todos los demás gastos cubiertos • Pagados por el plan después de deducible	100%	70%



Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



LISTA DE BENEFICIOS POR TRANSPLANTE

Servicios de Transplante en un Centro de Transplante designado: Servicios Transplante: <ul style="list-style-type: none"> • Pagado por el Plan después del deducible Viaje y Alojamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Beneficio Máximo por transplante • Paid By Plan After Deductible 	 100% \$10,000	
	EIN-RED	FUERA DE RED
Servicio de Transplante en un Centro de Transplante no designado: <ul style="list-style-type: none"> • Transplant Services: • Maximum Benefit Per Lifetime 	No aplicable 100%	\$5,000,000 70%

Nota: Búsqueda de órganos de donantes y los costos de adquisición son cubiertas por este plan limitado a \$25,000 por el trasplante. (Cargos serán incluidos en la red de vida como máximo).

LISTA DE BENEFICIOS POR PRESCRIPCIONES

Plan(es) Beneficios 001, 002

Deducible Anual por Farmacia: Nota: Gastos Médicos y de Farmacia están sujetos al mismo deducible Médico <ul style="list-style-type: none"> • Por Persona 	 \$1,500
Desembolsos Máximos Anuales por Año: Nota: Gastos Médicos y de Farmacia están sujetos a la misma atención médica fuera del desembolso máximo. <ul style="list-style-type: none"> • Por Persona Una vez que el desembolso máximo anual se cumpla, la persona asegurada no paga por medicamentos recetados y cubiertos excepto por la diferencia de costo entre la	 \$2,000
Por participación de farmacias minoristas <ul style="list-style-type: none"> • Cubre el Monto del Copago del Asegurado 	Hasta un suministro de 34-Días: \$15 \$30 \$45
<ul style="list-style-type: none"> • Productos Genéricos (Fila 1) • Productos de Marca Preferida (Fila 2) • Productos de marca No preferida (fila 3) 	

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino



Al por menor 90 Rx por Minorista Participante Retail Pharmacy <ul style="list-style-type: none"> Cubre el Monto del Copago del Asegurado <ul style="list-style-type: none"> Productos Genéricos (Fila 1) \$45 Productos de Marca Preferida (Fila 2) \$90 Productos de Marca No preferida (Fila 3) \$135 	Hasta un suministro de 3 meses: (A lo menos 84 días)
Por Participación de Farmacias de Envío por Correo Corr <ul style="list-style-type: none"> Cubre el Monto de Co-pago del Asegurado <ul style="list-style-type: none"> Producto Prescrito \$30 Producto Genérico (Fila 1) \$60 Producto de marca Preferida (Fila 2) \$90 Producto de marca No preferida (Fila 3) 	Hasta 90 días de Suministro:
Por Especialidad del Vendedor de la Farmacia <ul style="list-style-type: none"> Cubre el Monto de Co-pago del Asegurado <ul style="list-style-type: none"> Productos Genéricos (Fila 1) \$15 Productos de Marca Preferida (Fila 2) \$30 Productos de Marcas No Preferidas (Fila 3) \$45 	Hasta 34 días de Suministro
By Non-Participating Pharmacy	<p>El no uso de participación de la farmacia requiere el pago por adelantado de la prescripción. El asegurado puede enviar un formulario de solicitud de reembolsos con un recibo para soluciones de prescripción para el reembolso.</p> <p>Reembolso de productos recetados cubiertos se basa en la menor cantidad contratada de una farmacia participante menos cualquier deducible aplicable y/o comercio minorista co-pago se muestra en este</p>



Visado por:

Secretario Adjunto de la Corporación

Rector Interino



ANEXO 03

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Lima, _____, 201__.

Sres.
UNIVERSIDAD BRANDEIS
Presente.-

A través de este documento, __ (nombre y apellido) _____ con pasaporte N ° _____, adjudicatario de becas por el Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC siglas en español), del Ministerio de Educación del Perú, de acuerdo con las leyes de privacidad Americanas, expresamente autorizo a la Universidad Brandéis a enviar directamente a la Oficina de Becas de Postgrado de PRONABEC, al final de cada periodo académico, un certificado oficial de mi progreso académico, situación disciplinaria, los nombres de las clases, descripciones, transcripciones, notas, información sobre ayuda financiera, o información acerca de otras cargas y cualquier otra información personal requerida por PRONABEC.

Esta autorización se otorga con el fin de renovar mi beca en términos exigidos por PRONABEC reglamentos y la legislación peruana para el próximo periodo académico que también le permitirá realizar pactos económicos acordados por PRONABEC con la Universidad de Brandeis acerca de la financiación de mi beca.

Sinceramente

FIRMA

Nombre y Apellido.
Número de DNI.
Número de Pasaporte

Nombre Completo del Estudiante : _____

Número de Pasaporte : _____

Carrera del Estudiante (Grado/Universidad) : _____

ID Brandeis : _____

Email Brandeis : _____

Visado por:


Secretario Adjunto de la Corporación


Rector Interino

