



**GUÍA ADMINISTRATIVA PARA EL EMPLEADOR**

---

**CORPORATE CARE**

**BUPA DOMINICANA**



## CONTENIDO

---

INTRODUCCIÓN .....	2
CÓMO CONTACTARNOS.....	4
REQUISITO DE NOTIFICAR	
A BUPA.....	5
ADMINISTRACIÓN.....	6
DEFINICIONES.....	14

# INTRODUCCIÓN

Gracias por elegir a Bupa Dominicana, S.A. (de ahora en adelante denominada “la Aseguradora”), una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía Administrativa para el Empleador está diseñada para responder la mayoría de preguntas más comunes y para ayudarle a completar transacciones relacionadas con la membresía. Las palabras y frases con significado especial se definen al final de la guía.

Los siguientes documentos legales rigen su seguro médico de grupo. Juntos, estos documentos constituyen el acuerdo legal vinculante entre el Empleador y la Aseguradora.

- Guía Administrativa para el Empleador
- Guía de Referencia para el Empleado
- Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador
- Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo
- Suplemento Médico
- Certificado Principal de Cobertura
- Certificado de Membresía de todos los empleados cubiertos
- Cualquier anexo de cobertura adicional o enmienda correspondiente

La Guía de Referencia para el Empleado proporciona detalles sobre cuáles gastos médicos están cubiertos, exclusiones y limitaciones a la cobertura, y cómo presentar una solicitud de reembolso. El Certificado de Membresía enumera cualquier anexo de cobertura adicional que se haya agregado a la cobertura y cualquier enmienda correspondiente.

El Empleador deberá notificar a los asegurados sobre sus derechos estipulados en la Guía de Referencia para el Empleado y asegurarse de contar con copias de la Guía de Referencia para el Empleado disponibles para ellos. Además, el Empleador deberá notificar a los asegurados sobre cualquier modificación, adición o supresión realizada al Certificado Principal de Cobertura con respecto a versiones anteriores.

Aunque la Guía Administrativa para el Empleador proporciona información sobre cómo es administrado el Grupo y confiamos en que allí encontrará la información que necesita, sabemos que hay ciertas situaciones que requieren un servicio personal. En esos casos, tanto usted como sus empleados pueden comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo de la Aseguradora, y uno de nuestros profesionales de servicio le ayudará. Solo necesita llamar a nuestra Línea de Ayuda al Cliente. Ese número, así como otra información de contacto, está disponible en la siguiente sección.

# CÓMO CONTACTARNOS

## LÍNEA DE AYUDA AL CLIENTE DE BUPA DOMINICANA

---

El Equipo de Servicio Corporativo está compuesto por ejecutivos profesionales, que hablan varios idiomas y están capacitados para ayudarle con:

- Preguntas relacionadas con su membresía
- Dudas sobre su cobertura
- Actualización de su información personal
- El estado de sus reclamaciones

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta [www.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)

Tel.: (809) 955-2555

Fax: (809) 565-6451

## EMERGENCIAS MÉDICAS

---

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con nuestro personal al:

Tel.: (809) 955-2555

[www.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)

## DIRECCIÓN POSTAL

---

**Bupa Dominicana, S.A.**

Av. Winston Churchill, No. 1099  
Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini  
Santo Domingo

# REQUISITO DE NOTIFICAR A BUPA

El Asegurado debe notificar a la Aseguradora, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier tratamiento médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora como se establece en este documento, él o ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y/o coaseguro correspondiente.

## USA MEDICAL SERVICES ESTÁ DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO

---

Teléfono:

(809) 955-2555

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas  
en nuestra opción de Consulta:

[www.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)

Fuera de los EE.UU.:

El número de teléfono se encuentra  
en la tarjeta de identificación o en  
[www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)

# ADMINISTRACIÓN

## GENERAL

---

1. La Aseguradora se compromete a proporcionar a los Asegurados los beneficios descritos en el Contrato. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Contrato.
2. **DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO:** En Contrato puede ser devuelto a la Aseguradora durante los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el Contrato será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.
3. **AUTORIDAD:** Ningún intermediario, agente o consultor tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios a la membresía en nombre de la Aseguradora, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que el Contrato ha sido firmado, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre el Empleador y la Aseguradora, y que el Contrato sea endosado por medio de una enmienda.
4. **AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS SOLICITUDES:** El Contrato está basado en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, los Formularios de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y el Suplemento Médico, cuando corresponda, y el pago de la prima. Si alguna información en cualquiera de los documentos mencionados anteriormente está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, el Empleador y/o el Asegurado Principal deberá proporcionar a la Aseguradora una notificación por escrito con la información correcta. El no cumplir con este requisito podrá resultar en que el Contrato o el Certificado de Membresía sean rescindidos o cancelados, o que la cobertura sea modificada a la sola discreción de la Aseguradora.
5. **CONTRATO COMPLETO:** Esta Guía Administrativa para el Empleador junto con (i) la Guía de Referencia para el Empleado, (ii) la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, (iii) el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo de todos los Asegurados, (iv) el Suplemento Médico de todos los Asegurados, (v) el Certificado Principal de Cobertura, (vi) los Certificados de Membresía, y (vii) cualquier anexo de cobertura adicional o enmienda (a los que se refiere en conjunto como el "Contrato"), constituyen el Contrato completo entre la Aseguradora y el Empleador. Ningún reglamento interno de las compañías o acuerdo oral tiene validez sobre el Contrato, a menos de que hayan sido incluidos como



parte del Contrato antes de que el Contrato haya sido firmado. Una vez que el Contrato ha sido firmado, los únicos cambios que pueden hacerse al Contrato son los anexos de cobertura adicional, enmiendas o endosos que hayan sido acordados por ambas partes. La Aseguradora puede cancelar, modificar o anular el Contrato si el Empleador ha engañado o ha tratado de engañar a la Aseguradora de cualquier forma, ya sea intencionalmente o por descuido.

La Aseguradora no garantiza que los beneficios ofrecidos al grupo bajo el Contrato llenen los requisitos obligatorios en los países donde residen los asegurados del grupo.

El Contrato solamente puede ser ejecutable por las partes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquéllas que se describen en el Contrato.

6. **ARBITRAJE, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO:** Cualquier desacuerdo que pueda persistir después de una apelación tal y como se determina en la cláusula anterior, debe ser primero sometido a arbitraje o conciliación previa de conformidad con las disposiciones legales establecidas en los Artículos 105 al 110 de la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana. El acta de no conciliación emitida por la Superintendencia de Seguros o el Laudo Arbitral es un requisito previo al conocimiento de la demanda que pudiere intentar cualquiera de las partes ante los Tribunales de la República Dominicana. Cada parte solven-tará sus propios gastos durante el proceso, incluyendo pero no limitado a honorarios de sus respectivos abogados, tasas, entre otros, así como los gastos del proceso arbitral o conciliación.
7. **CONFIDENCIALIDAD:** La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la Aseguradora y sus compañías. Con este fin, la Aseguradora cumple con las leyes de protección de la información (regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, "HIPAA", por sus siglas en inglés) y con los reglamentos de confidencialidad médica. En algunas ocasiones, la Aseguradora utiliza los servicios de terceras partes para procesar información en su nombre. Dicho proceso está sujeto a restricciones contractuales con respecto a la confidencialidad.
8. **ENTREGA DEL CONTRATO:** Este Contrato no puede ser entregado en los Estados Unidos de América.
9. **CAMBIO DE OPCIÓN O PLAN:** En la fecha de aniversario del Contrato, el Empleador puede solicitar un cambio de opción o plan (deducible) para el grupo completo. Si el cambio es aprobado, la Aseguradora ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de opción o plan para un asegurado individual no serán aprobados. Para Grupos Colectivos, durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el recién nacido estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior durante los diez (10) meses siguientes a la fecha de vigencia del cambio. Para Grupos Experiencia, los beneficios bajo la nueva opción o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio.
10. **FIN DE LA COBERTURA A PARTIR DE LA TERMINACIÓN:** En caso de terminación por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la Aseguradora solamente será responsable

por el tratamiento cubierto bajo los términos del Contrato que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún tratamiento que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto tratamiento adicional sea necesario.

11. **REEMBOLSOS:** Si el Contrato o un Certificado de Membresía es cancelado luego de ser emitido, rehabilitado o renovado, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días que el Contrato o el Certificado de Membresía estuvo en vigor.
12. **INSOLVENCIA:** La insolvencia, bancarrota, dificultad financiera, plan voluntario de pago a acreedores, o disolución del negocio del Empleador no impondrá ninguna responsabilidad sobre la Aseguradora que no haya sido específicamente determinada en el Contrato.
13. **TÍTULOS:** Los títulos en esta Guía Administrativa para el Empleador han sido incluidos para referencia únicamente y no afectan su interpretación o construcción.
14. **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Las condiciones preexistentes no están cubiertas, a menos de que la Aseguradora apruebe lo contrario.

## MEMBRESÍA

---

15. **ELEGIBILIDAD:** La Aseguradora puede firmar un Contrato de seguro de grupo con compañías legalmente incorporadas. Las compañías legalmente incorporadas en los Estados Unidos de América y sus territorios no son elegibles, con la excepción de Puerto Rico, donde el Contrato puede emitirse solamente como cubierta de líneas excedentes. Los empleados elegibles para cobertura incluyen aquéllos que trabajan para el Empleador un mínimo de treinta (30) horas por semana y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los dependientes elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo Corporate Care. No hay una edad máxima para renovación para Asegurados cubiertos bajo el Contrato. El grupo asegurado debe mantener el requerimiento mínimo de diez (10) empleados para ser elegible para renovación.

El Contrato no está sujeto a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA" por sus siglas en inglés) ni a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados ("ERISA" por sus siglas en inglés) de 1974 tal como ha sido enmendada, y la Aseguradora no está obligada a ofrecer continuación de cobertura según la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto ("COBRA" por sus siglas en inglés) o cualquier otra ley federal o estatal sobre continuación de cobertura en los Estados Unidos de América.

El Asegurado Principal solamente puede ser un empleado elegible. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el Asegurado Principal ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleador, y para quienes se proporciona cobertura bajo la membresía.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o

hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) créditos por semestre) en un colegio o universidad acreditado en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la membresía, la que ocurra primero.

El Empleador designará a un Administrador de Grupo con el correspondiente nivel de autoridad para representar al Empleador en el desempeño de las responsabilidades administrativas del grupo y para el pago de las primas.

Si el Empleador involucrara a una tercera parte para fungir como Administrador de Grupo o intermediario, el Empleador será el único responsable por los actos u omisiones de dicha tercera parte.

**16. INSCRIPCIÓN INICIAL/ADICIÓN POSTERIOR:** Se puede añadir nuevos empleados al grupo presentando un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, tal como se indica a continuación:

- (a) Grupos Colectivos: Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y dependientes serán incluidos en el grupo (i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido de una maternidad cubierta será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto (solamente en Planes de deducibles de US\$0 / US\$1,000, US\$0 / US\$3,000 y Plan US\$500 / US\$ 2,000). Para añadir recién nacidos de una maternidad no cubierta, el Asegurado debe presentar un Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, y dicha adición estará sujeta a evaluación de riesgo. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de la adición.
- (b) Grupos Experiencia: Los empleados y dependientes serán incluidos sin evaluación de riesgo (i) a partir de la fecha efectiva de la inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto.

El Empleador se compromete a inscribir a todos los empleados elegibles como Asegurados Principales a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del Contrato.

La Aseguradora puede anular, a su discreción, la cobertura de un Asegurado Principal y sus dependientes si considera o sospecha que el Asegurado Principal o sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora.

La Aseguradora puede cancelar la cobertura de un Asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho Asegurado.

- 17. COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA:** Sujeto a las condiciones del Contrato entre la Aseguradora y el Empleador, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:
- (a) La membresía comienza en la fecha efectiva indicada en el Certificado de Membresía que la Aseguradora le extiende al Asegurado por el período continuo de la membresía actual bajo la Aseguradora Corporate Care, según el Contrato.
  - (b) El Empleador puede cancelar una membresía, o la cobertura de cualquiera de los dependientes, en cualquier momento. La Aseguradora no puede cancelar la membresía de manera retroactiva. El Empleador es responsable por el pago de las primas hasta la fecha efectiva de la cancelación.
  - (c) La Aseguradora puede cancelar una membresía:
    - i. Si termina el Contrato entre la Aseguradora y el Empleador.
    - ii. Si el Empleador no renueva la membresía.
    - iii. Si el Empleador no paga la prima de algún Asegurado o no efectúa cualquier otro pago adeudado según lo estipulado en el Contrato con la Aseguradora.
    - iv. Si un Asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en el Artículo 20 de este documento.
    - v. Si fallece el Asegurado Principal.
  - (d) La Aseguradora puede cancelar o rescindir una membresía si existe evidencia de que el Asegurado ha engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. Esto incluye el proporcionar información falsa u ocultar información necesaria para la Aseguradora, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la Aseguradora, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la Aseguradora al decidir:
    - i. Si un Asegurado puede unirse al grupo.
    - ii. La cantidad de la prima que el Empleador debe pagar.
    - iii. Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación.
- 18. ADICIÓN DE DEPENDIENTES:** Si el Empleador está de acuerdo, el Asegurado Principal puede solicitar la inclusión de su cónyuge o compañero(a) doméstico(a) e hijo(s) como dependientes bajo su membresía. Para solicitarlo, deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Empleado y el Suplemento Médico (si corresponde).
- 19. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación o cancelación de la cobertura, el deducible, o la prima según el área geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

- 20. ENMIENDAS:** Si el Certificado de Membresía ha sido emitido con una enmienda, dicha enmienda pasa a formar parte del Contrato. El Contrato completo incluye todas las enmiendas y anexos de cobertura adicional añadidos por la Aseguradora.
- 21. CAMBIOS AL CERTIFICADO DE MEMBRESÍA:** La Aseguradora enviará un nuevo Certificado de Membresía a cada Asegurado si:
- (a) Se añade a la membresía otro dependiente, como un hijo recién nacido o un cónyuge, con la aprobación del Empleador.
  - (b) La Aseguradora necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el Empleador o cualquier cambio que la Aseguradora tenga el derecho de hacer.

El nuevo Certificado de Membresía reemplazará cualquier versión anterior que posea el Asegurado a partir de la fecha de efectividad que aparece en el nuevo Certificado de Membresía.

- 22. CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Si cambia la dirección o información de contacto de un Asegurado, el Administrador del Grupo deberá informar a la Aseguradora sobre dicho cambio.
- 23. DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL:** Si la membresía termina, es posible que el Asegurado Principal y sus dependientes incluidos bajo la membresía puedan transferir su cobertura a un plan individual Bupa Advantage Care con un deducible igual o mayor, y las mismas restricciones en vigor bajo el plan Bupa Corporate Care plan, después de cumplir con los requisitos de elegibilidad de ese plan específico. Los asegurados bajo un Grupo Colectivo podrán transferir su cobertura sin evaluación de riesgo. Los asegurados bajo un Grupo Experiencia que deseen transferir su cobertura a un plan individual están sujetos a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo, y estarán sujetos a una evaluación de riesgo.

Si el Asegurado tiene el derecho de transferir su cobertura y desea proceder con el cambio, deberá enviar una Solicitud de Seguro de Salud Individual a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de su cobertura dentro del grupo, según aplique.

Sin embargo, ni el Contrato, ni la Guía Administrativa para el Empleador, ni la Guía de Referencia para el Empleado están sujetos a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("PPACA" por sus siglas en inglés) ni a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados ("ERISA" por sus siglas en inglés) de 1974 tal como ha sido enmendada, y la Aseguradora no está obligada a ofrecer continuación de cobertura según la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto ("COBRA" por sus siglas en inglés) o cualquier otra ley federal o estatal sobre continuación de cobertura en los Estados Unidos de América.

- 24. REEMBOLSOS:** Si el Contrato o las Condiciones Particulares de un Asegurado son cancelados luego de haber sido emitidos, rehabilitados o renovados, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima al Contratante. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días calendario correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días calendario que el Contrato o las Condiciones Particulares estuvieron en vigor.

## PAGOS

- 25. FACTURAS:** La Aseguradora emitirá facturas por adelantado detallando la cantidad de la prima anual. La Aseguradora también podrá emitir facturas o reembolsos para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el Empleador. El Empleador deberá pagar la prima a la Aseguradora cada año a más tardar en la fecha de vencimiento del pago.

Cuando un Asegurado Principal se une al grupo después del inicio del período de cobertura, la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona, y el Empleador deberá pagar a la Aseguradora dicha cantidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de la factura.

Cuando un Asegurado Principal o un dependiente sale del grupo después del inicio del período de cobertura la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y reembolsará prontamente, cuando corresponda, cualquier cantidad en exceso que ya haya sido pagada a la Aseguradora por el Empleador con respecto al Asegurado Principal o dependiente.

Para los propósitos del Contrato, la prima a prorrata representa todas las cantidades pagadas con respecto al Asegurado para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho Asegurado estuvo inscrito en el grupo.

- 26. MODALIDAD DE LA PÓLIZA:** Las primas deben pagarse anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.
- 27. TÉRMINO:** El término del Contrato entre la Aseguradora y el Empleador es de un (1) año.
- 28. PAGO RETRASADO:** El Empleador es responsable por el pago a tiempo de la prima. El pago de la prima vence en la fecha de renovación del Contrato o en cualquier otra fecha autorizada por la Aseguradora. Los avisos de renovación se envían como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza el envío de dichos avisos. Si el Administrador del Grupo no ha recibido el aviso de renovación treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento del pago, y no sabe cuál es la cantidad que debe pagarse, el Administrador del Grupo deberá contactar al Agente o a la Aseguradora. El Empleador debe cancelar la prima en un solo pago.
- 29. CAMBIOS EN LAS TARIFAS DE PRIMA:** La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en la fecha de renovación. Cualquier ajuste será notificado al Empleador por lo menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de dicho cambio. El Empleador podrá terminar el Contrato a partir de la fecha efectiva del cambio propuesto si ambas partes no están de acuerdo con dicho cambio.
- 30. PERÍODO DE GRACIA:** Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes del final del período de gracia, el Contrato y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.
- 31. REHABILITACIÓN:** Si el Contrato no es renovado dentro del período de gracia, puede ser rehabilitado a más tardar treinta (30) días después de finalizado el período de gracia. El pago de las primas adeudadas rehabilitará

la cobertura del grupo sin interrupción. No se autorizará ninguna rehabilitación después de que hayan transcurrido sesenta (60) días de la fecha efectiva del pago.

- 32. CANCELACIÓN O NO RENO-VACIÓN DEL CONTRATO:** La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir el Contrato o cualquier Certificado de Membresía si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara una inscripción cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido el Certificado de Membresía con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar cobertura.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el Contrato en base a la clase, tal como se define en esta Guía Administrativa para el Empleador.

El Empleador se reserve el derecho de cancelar el Contrato enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo.

# DEFINICIONES

**Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en esta Guía Administrativa para el Empleador, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de la membresía.**

**ACCIDENTE:** Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

**ADMINISTRADOR DE GRUPO:** El representante autorizado por la compañía, empresa, negocio o persona con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los asegurados bajo este seguro de salud de grupo. Esta persona es a quien la Aseguradora dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a la Aseguradora sobre cualquier cambio a la membresía en nombre del Asegurado.

**ANEXO:** Documento añadido por la Aseguradora a la póliza de grupo que agrega y detalla una cobertura opcional adicional.

**AÑO DE MEMBRESÍA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva del Contrato y cualquier período subsecuente de doce (12) meses.

**ASEGURADO:** La persona identificada en el Certificado de Membresía. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes bajo la membresía.

**ASEGURADO PRINCIPAL:** El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y la primera persona identificada en el Certificado de Membresía, quien está facultado para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

**BENEFICIO:** Cualquier gasto elegible por el cual la Aseguradora deberá pagar, según especificado en la Tabla de Beneficios.

**BUPA DOMINICANA:** La compañía de salud que provee cobertura para los asegurados del Grupo. Bupa Dominicana tiene su sede en Santo Domingo, República Dominicana.



**CERTIFICADO DE MEMBRESÍA:** Documento del Contrato que especifica la fecha de efectividad, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado Principal y a cada dependiente cubierto.

**CLASE:** Los asegurados de todas las membresías de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

**COASEGURO:** La porción de los gastos médicos cubiertos que el Asegurado debe pagar además del deducible.

**COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A):** Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Principal ha establecido una relación de vida doméstica.

**CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación, o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación, o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la póliza.

**CONTRATO:** El acuerdo entre la Aseguradora y el Empleador bajo el cual la Aseguradora acepta cubrir a los asegurados como parte del grupo.

**DEDUCIBLE:** El importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado antes de que los beneficios de la membresía sean pagaderos. Hay dos tipos de deducibles considerados dentro de la membresía, dependiendo del país donde se ofrezca el tratamiento o servicio.

**DEPENDIENTE:** Cualquier persona mencionada en el Certificado de Membresía que no sea el Asegurado Principal, que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo, y para quien se ha aprobado la cobertura bajo la membresía. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a), y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros.

**DIAGNÓSTICO:** Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

**EMBARAZO CUBIERTO:** Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha efectiva de cobertura para el Asegurado correspondiente. El Asegurado correspondiente no puede ser un hijo dependiente. Sólo los Planes 1 y 2 ofrecen beneficios para los embarazos cubiertos.

**EMERGENCIA:** Condición médica (enfermedad o lesión) que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

**EMPLEADOR:** La compañía, empresa, negocio o persona con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a sus empleados bajo este seguro de salud de grupo.

**ENFERMEDAD:** Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

**ENMIENDA:** Documento añadido al Contrato entre la Aseguradora y el Empleador para aclarar, explicar o modificar la cobertura bajo la membresía.

**EQUIPO DE SERVICIO CORPO-RATIVO:** Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los asegurados con preguntas relacionadas con su membresía, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

**FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha efectiva del Contrato.

**FECHA EFECTIVA:** La fecha en que comienza la cobertura bajo la membresía, tal y como aparece en el Certificado de Membresía.

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO Y/O SUPLEMENTO MÉDICO:** Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los empleados y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el empleado durante la entrevista médica realizada por la Aseguradora, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la Aseguradora antes de aprobar la membresía.

**HIJASTRO:** Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado Principal.

**HOSPITAL:** Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que: a) se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados a largo plazo.

**LESIÓN:** Daño infligido al organismo por una causa externa.

**MÉDICO O DOCTOR:** Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término "médico" o "doctor" también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

**MEMBRESÍA:** La póliza de grupo contratada con la Aseguradora por el Empleador para proporcionar cobertura a los asegurados.

**NOTIFICACIÓN:** Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

**OPCIÓN:** El área de cobertura y el límite máximo anual seleccionado por el Empleador para los asegurados en el grupo.

**PAÍS DE RESIDENCIA:** El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año de membresía, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras que la membresía está en vigencia.

**RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

**RED DE PROVEEDORES BUPA CORPORATE:** Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para atender nuestros asegurados. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa Corporate está disponible contactándonos por teléfono al (809) 955-2555 y está sujeta a cambio sin previo aviso.

**RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA:** Relación entre el Asegurado Principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:

- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.
- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.
- (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.
- (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
  - i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año
  - ii. Ambos son propietarios de una residencia en común
  - iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
    - Un automóvil que pertenece a los dos
    - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
    - Una cuenta de crédito mancomunada
    - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos
    - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

El Asegurado Principal y su compañero(a) doméstico(a) deberán firmar conjuntamente el affidavit de relación de vida doméstica requerido.

**TRATAMIENTO:** Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una enfermedad o lesión.

**URGENCIA:** Situación médica que generalmente requiere atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida del asegurado, ni genera peligro en la evolución de su afección. Su evaluación, estabilización o tratamiento médico se realiza en un centro de salud de forma ambulatoria.

**USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR):** Es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalcientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

**Bupa Dominicana, S.A**

Av. Winston Churchill, No. 1099

Acropolis Center, 3er. Nivel, Piantini

Santo Domingo, República Dominicana

Tel.: (809) 955 2555

[bdominicana@bupalatinamerica.com](mailto:bdominicana@bupalatinamerica.com)

[www.bupalud.com](http://www.bupalud.com)