

BUPA ALPHA
TÉRMINOS Y CONDICIONES

CONTENIDO

Su cobertura 2
Opciones de deducible 2

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

Notas sobre su póliza 3
Acuerdo 3
Condiciones de la póliza 5
Exclusiones y limitaciones 11
Administración 14
Definiciones 20

SU COBERTURA

COBERTURA GEOGRÁFICA

Su póliza le ofrece cobertura completa alrededor del mundo dentro de la red de proveedores, y cobertura fuera de la red para hospitalizaciones y tratamientos en hospitales en los Estados Unidos de América. Si necesita información sobre su red, por favor visite www.bupasalud.com o comuníquese directamente con nosotros. Sin embargo, ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL

Bupa ofrece anexos de cobertura adicional que pueden adquirirse junto con la póliza o al momento de la renovación. Los beneficios proporcionados bajo los anexos de cobertura están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la póliza Bupa Alpha.

- Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante: Este anexo ofrece US$500,000 de cobertura opcional adicional para procedimientos de trasplante de órganos, tejido o células, por asegurado, por diagnóstico, de por vida. Se aplica un período de espera de 6 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo. Los beneficios bajo el anexo comienzan una vez que la necesidad de cada trasplante ha sido determinada por un médico, certificada por una segunda opinión médica, y aprobada por USA Medical Services y la cobertura para procedimientos de trasplante bajo la póliza ya ha sido agotada.
- Anexo de Cobertura Adicional para Complicaciones Perinatales y del Embarazo: Este anexo ofrece cobertura opcional adicional de US$500,000 de por vida para complicaciones del embarazo, el parto, y complicaciones perinatales como prematuridad, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, insuficiencia respiratoria y traumatismos del nacimiento, que no estén relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias. Se aplica un período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo. Una vez emitido, el anexo es renovable anualmente en la fecha de aniversario de la póliza, siempre y cuando se pague la prima adicional requerida para el anexo.

OPCIONES DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles.

Deducible (US$)					
Plan	2	3	4	5	6
Dentro o fuera del país de residencia	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Máx. por póliza	2,000	4,000	10,000	20,000	40,000

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo equivalente a dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES

NOTAS SOBRE SU PÓLIZA

- Sus documentos de póliza incluyen: Guía de Bienvenida (que contiene información general sobre el manejo de su póliza), Términos y Condiciones (que contiene las condiciones generales de su póliza, exclusiones y limitaciones, administración y definiciones), su Tabla de Beneficios, su Certificado de Cobertura y sus Condiciones Particulares.
- Para conocer cómo opera su producto, consulte las secciones de Beneficios, Exclusiones y limitaciones, Administración y Definiciones de este documento.
- La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de su póliza.
- A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por asegurado, por año póliza.
- Todos los beneficios están sujetos al deducible correspondiente, a menos que se indique lo contrario.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo su póliza.
- La póliza Bupa Alpha proporciona cobertura únicamente dentro de una red de proveedores; por lo tanto, usted deberá:
  1. Notificar a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.
  2. Toda hospitalización y tratamiento deberá realizarse en un hospital dentro de la red.
  3. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de la red de proveedores, excepto en los casos como se especifica bajo la condición Tratamiento Médico de Emergencia.
- Todos los reembolsos son procesados de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.
- Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restrición.

ACUERDO

1.1 **BUPA INSURANCE COMPANY:** (de ahora en adelante denominada la “aseguradora”) se compromete a pagar a usted (de ahora en adelante denominado el “asegurado principal”) los beneficios estipulados en esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza.

1.2 **DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA:** Esta póliza puede ser devuelta dentro de los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. La póliza puede ser devuelta a la aseguradora o al agente del asegurado principal. De ser devuelta, la póliza será considerada nula como si nunca hubiese sido emitida.

1.3 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD: Esta póliza es emitida en base a la solicitud de seguro de salud y al pago de la prima. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, la póliza puede ser rescindida o cancelada, o la cobertura podrá ser modificada a la sola discreción de la aseguradora.

1.4 ELEGIBILIDAD: Esta póliza sólo puede ser emitida al asegurado principal de la póliza cuyo país de residencia esté en Latinoamérica o el Caribe y que tenga un mínimo de dieciocho (18) años de edad (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta (70) años de edad. No hay límite de edad para la cobertura bajo los mismos términos y condiciones de esta póliza para aquellos Asegurados que renuevan una póliza. Esta póliza no puede ser emitida y no está disponible para personas cuyo país de residencia sea los Estados Unidos o que, por cualquier otro motivo, se encuentre físicamente presente en los Estados Unidos de América durante al menos ciento ochenta (180) días, continuos o discontinuos, en un período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o su estatus migratorio. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando el país de residencia del asegurado principal se mantenga en Latinoamérica o el Caribe, y dicha estadía temporal sea aprobada por la Aseguradora. No obstante lo mencionado anteriormente, la aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del asegurado principal, cancelación anticipada, no renovación o modificación de la póliza, a discreción de la Aseguradora, en caso de cambio de país de residencia. Por favor comuníquese con la aseguradora o con su agente para obtener más información relacionada con su caso en particular.

Los dependientes bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del asegurado principal, hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, menores de edad para quienes el asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente y nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del asegurado principal hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza, después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros.

La cobertura para hijos o hijas dependientes con hijos terminará bajo la póliza de sus padres en la fecha de aniversario de la póliza luego de que el hijo o hija dependiente haya cumplido los dieciocho (18) años de edad, y deberán obtener cobertura para sí mismos y sus hijos bajo su propia póliza.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, 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 o se muda a otro país de residencia, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza.

Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la aseguradora y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior. La solicitud de seguro de salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

1.5 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA Y PRE-AUTORIZAR: El Asegurado deberá obtener, por lo menos con setenta y dos (72) horas de antelación, la pre-autorización de USA Medical Services, en su calidad de administradora de reclamaciones de la Aseguradora, antes de recibir aquellos servicios que, de manera expresa, se identifiquen en la Tabla de Beneficios como sujetos a pre-autorización. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del asegurado notificar a la aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la aseguradora en caso de haberse notificado el accidente a tiempo.

Si el asegurado no se comunica con USA Medical Services como se establece en este documento, él/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 de su plan. Además, en caso de accidente serio, no corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

1.6 RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para los efectos de esta póliza, ''país de residencia'' significa el país donde se encuentra el asegurado (principal y dependientes nombrados) físicamente residiendo al menos por ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante un período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Para tener derecho a la cobertura, el país de residencia del asegurado (principal y dependientes nombrados) debe estar en Latinoamérica o el Caribe.

Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que el país de residencia sea los Estados Unidos de América sin importar el tipo de visa emitida al asegurado o su estado migratorio. Como excepción, asegurados con visa de trabajo, estudio u otra estadía temporal dentro de los Estados Unidos pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones como se establece en la Sección 1.7 (''EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES''), siempre y cuando la residencia permanente del asegurado permanezca fuera de los Estados Unidos o el asegurado no reciba una tarjeta de residencia permanente (''Green Card''). La aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad, modificar la prima, cancelar, o no renovar la póliza, en caso de que cualquier asegurado (principal y dependientes nombrados) residan o estén físicamente presente en un país fuera de Latinoamérica o el Caribe u otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.

1.7 EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES: Asegurados que por motivo de trabajo o estudios temporales deban permanecer en el extranjero por un periodo superior al estipulado en la Sección 1.6 (''RESIDENCIA EN EL PAÍS''), podrán solicitar una extensión de la cobertura en el extranjero hasta la vigencia anual de la póliza, renovable por una anualidad adicional a discreción de la aseguradora, siempre que la residencia permanente del Asegurado se mantenga en el PAÍS DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO. Esta extensión de cobertura y sus condiciones serán aprobadas a discreción de la aseguradora.

No obstante la aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado si mantiene presencia o residencia en un país distinto al declarado en la solicitud de seguro. Un cambio de país de residencia en este caso podría resultar en cambios en la cobertura, el deducible o la prima según la zona geográfica, sujeto a los procedimientos de la aseguradora.

La extensión de la cobertura no aplicará si el asegurado pierde su condición de estudiante o trabajador temporal y se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América o de cualquier otro país distinto DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o de su estatus migratorio.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

La cobertura para hospitalizaciones en los Estados Unidos de América fuera de la red de proveedores está limitada al setenta por ciento (70%) de las cantidades en su Tabla de Beneficios.

2.1 **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Solamente se proporciona cobertura cuando la hospitalización es médicamente necesaria. Los servicios hospitalarios por emergencia fuera de dicha red están cubiertos como se estipula en el 6.4.

2.2 **HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA:** Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

(a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o

(b) Tarifas especiales establecidas por la aseguradora para un área o país determinado.

2.3 **MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios.

2.4 **RED DE PROVEEDORES:** Su póliza ofrece cobertura como se indica en su Tabla de Beneficios solamente dentro de la red de proveedores. No se proporciona cobertura fuera de la red de proveedores, exepto en casos de emergencia, como se describe en el 6.4, y para hospitalizaciones en los Estados Unidos de América.

(a) La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores está disponible a través de USA Medical Services o en www.bupasalud.com, y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

(b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado por USA Medical Services.

(c) En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada en el país de residencia del asegurado, no existe restricción sobre los hospitales que el asegurado puede utilizar en su país de residencia.

2.5 **ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO:** Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en su Tabla de Beneficios.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

3.1 **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos de acuerdo a lo especificado en su Tabla de Beneficios. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

3.2 **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

3.3 **MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza, así como aquellos medicamentos recetados para tratamiento ambulatorio o que no requieran hospitalización, relacionados a una condición médica cubierta por esta póliza, están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado. El total de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la aseguradora pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación están cubiertas como se indica en su Tabla de Beneficios y deberán ser aprobadas con anticipación. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días u horas.

3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: La atención médica en el hogar está cubierta como se indica en su Tabla de Beneficios y deberá ser aprobada con anticipación. Es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento para obtener cada aprobación.

3.6 TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.

3.7 VACUNAS: La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y adultos), incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacuna contra el herpes zóster, vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

3.8 TELEMEDICINA: Se podrá acceder a servicios de atención médica remota, incluyendo Videoconsultas en Medicina general, asesoramiento médico en ciertas especialidades, así como otras capacidades digitales dirigidas al cuidado de la salud. Estos servicios digitales se prestarán a través de blua, la salud digital de Bupa. Para acceder a ellos, se puede hacer a través de la aplicación "My Bupa Latin America" o a través de la página web de la Compañía www.bupasalud.com. En ambos casos todas las funcionalidades digitales y programas de salud se encuentra bajo la descripción de blua.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO (Solo planes 2 y 3):

(a) El beneficio máximo cubierto está indicado en su Tabla de Beneficios.

(b) Los tratamientos pre- y post-natal, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), las vitaminas requeridas durante el embarazo, parto normal, parto por cesárea y el cuidado para recién nacido saludable están incluidos dentro de este beneficio.

(c) Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha estimada de parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada.

(d) Además de lo anterior, las siguientes condiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y el parto aplican a los hijos e hijas dependientes y sus hijos. En la fecha de aniversario después de que el hijo o hija dependiente cumpla los dieciocho (18) años de edad, él o ella deberá obtener cobertura para sí mismo(a) y su hijo(a) bajo su propia póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo(a). Él o ella deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior.

(e) Para ser elegible para recibir cobertura por embarazo, maternidad y parto, la hija dependiente asegurada de dieciocho (18) años o más deberá presentar notificación del embarazo por escrito. Dicha notificación deberá ser recibida antes de la fecha del parto, y será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de espera de diez (10) meses calendario para la póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la póliza de sus padres.

(f) La cobertura para complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto está incluida bajo el total máximo de este beneficio. Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios también están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.

(g) Para propósitos de su póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.

(h) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo los límites de su póliza.

Su plan ofrece la opción de adquirir el Anexo de Cobertura Adicional para Complicaciones Perinatales y del Embarazo. Sin embargo, este anexo no está disponible para hijas dependientes.

4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones durante el parto y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, tal como se indica en su Tabla de Beneficios.

Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:

i. Adición automática: Para incluir al recién nacido en la póliza de los padres sin evaluación de riesgo, la póliza de los padres debe haber estado vigente durante por lo menos diez (10) meses calendario consecutivos. Para incluir al recién nacido, se deberá presentar dentro de los noventa (90) días después del parto copia del certificado de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento del recién nacido. Si no se recibe el certificado de nacimiento dentro de los noventa (90) días después del parto, deberá llenarse una Solicitud de Seguro de Salud Individual para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La prima correspondiente a la adición debe pagarse al momento de la notificación del nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente entrará entonces en vigor a partir de la fecha del nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

ii. Adición no-automática: La adición de hijos que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al hijo en la póliza de sus padres, se deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y presentarse junto con el certificado de nacimiento y el pago de la prima correspondiente a la adición.

La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y copia del certificado de nacimiento, y la adición estará sujeta a los procedimientos estándares de evaluación de riesgo.

(c) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en el 4.1 (b).

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

5.1 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa del Asegurador podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de La Aseguradora se realizará según la siguiente priorización:

(a) Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

(b) Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

(c) Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte o,

(d) En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

En los casos en que se requiera una ambulancia terrestre, debido a un accidente, se deberá notificar al asegurador dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento.

Las atenciones programadas que no se consideren una emergencia no estarán cubiertas por el beneficio de Transportación de Emergencia.

Transporte por ambulancia aérea:

(a) Todo el transporte en ambulancia aérea debe ser evaluado, aprobado previamente y coordinado por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar los gastos.

(b) El asegurado se compromete a mantener a la aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la aseguradora o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.

(c) Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos.

(d) La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados.

5.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido como se indica en su Tabla de Beneficios, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

La cobertura para hospitalizaciones en los Estados Unidos de América fuera de la red de proveedores está limitada al setenta por ciento (70%) de las cantidades en su Tabla de Beneficios.

6.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: Las condiciones congénitas y/o hereditarias están cubiertas como se indica en su Tabla de Beneficios. El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

6.2 BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES: Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales como se indica en su Tabla de Beneficios. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo. La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por USA Medical Services.

6.3 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Si los tratamientos especiales no son notificados previamente, serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la aseguradora. Para información sobre la cobertura de brazos y piernas artificiales, por favor vea el 6.2.

6.4 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): Su póliza solamente cubre el tratamiento médico de emergencia fuera de la red de proveedores cuando la vida o integridad física del asegurado se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a USA Medical Services, tal como se indica en el 1.5.

Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

6.5 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

6.6 CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, LA COMPAÑIA pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, si el ASEGURADO recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.

LA COMPAÑIA pagará solo por una de las siguientes opciones:

1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

- alojamiento en centro para pacientes terminales.
- cuidados de enfermero(a) profesional calificado.
- medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal.
- cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
   - cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio.
   - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal.
   - cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado.

Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.

6.7 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por USA Medical Services. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

6.8 CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

(a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:

i. Estarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.

ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el asegurado presente síntomas, signos, o tratamiento en cualquier momento durante el período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.

(b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la aseguradora se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del asegurado.

6.9 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano se ofrece únicamente dentro de la red de proveedores para procedimientos de trasplante de la aseguradora. No se proporcionará cobertura fuera de la red de proveedores para procedimientos de trasplante de la aseguradora. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical Services.

Este beneficio incluye:

(a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del asegurado para el procedimiento de trasplante.

(b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.

(c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical.

(d) Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.

(e) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.

(f) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.

(g) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.

(h) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

Su plan también ofrece la opción de adquirir el Anexo de Cobertura para Procedimientos de Trasplante.

6.10 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): La cobertura para prótesis capilar está sujeta a las siguientes condiciones:

a. Cuando el asegurado esté llevando un tratamiento para el cáncer.

b. La pérdida de cabello sea directa y exclusiva a consecuencia del tratamiento de cáncer.

c. Debe ser pre-autorizado por la Aseguradora.

6.11 TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER: La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, honorarios médicos específicamente asociados a la planificación y ejecución del tratamiento oncológico, estudios de imagenología para diagnóstico, quimioterapia, consultas médicas, cirugía reconstructiva, siempre que sea médicamente necesaria y esté directamente relacionada con el tratamiento del cáncer y medicamentos recetados.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, excepto cuando la cobertura esté especificada en su Tabla de Beneficios:

7.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

(a) Que no sea médicamente necesario, o

(b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o

(d) Que está relacionado con el cuidado personal, o

(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.

7.2 LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas

médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

7.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos (a excepción de aquellos exámenes que son realizados como parte del protocolo en las consultas ambulatorias), dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.4 MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, tratamiento naturopático u homeopático, medicamentos naturopáticos u homeopáticos, acupuntura y cualquier tipo de medicina alternativa.

7.5 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de la póliza.

7.6 CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc).

7.7 CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza.

7.8 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).

7.9 TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

7.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA: Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.

7.11 GASTOS QUE EXCEDAN UCR: Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

7.12 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS: El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda, o no cubiertas bajo esta póliza.

7.13 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.

7.14 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES: Tratamiento de lesiones que resulten mientras el asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

7.15 VIH/SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo y enfermedades relacionadas con el SIDA.

7.16 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL: La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la aseguradora.

7.17 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

7.18 MEDICAMENTOS SIN RECETA: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como tampoco lo siguiente:

(a) Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.

(b) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea anticonceptivo sino más bien médicamente necesario para tratar una condición o diagnóstico médico.

(c) Los medicamentos o vacunas para prevenir enfermedades o alergias.

(d) Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.

(e) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.

(f) Medicamentos administrados en el mismo momento y lugar donde se prescribió la receta médica.

(g) Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos.

(h) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta.

(i) Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.

(j) Supositorios de progesterona.

(k) Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.19 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la aseguradora.

7.20 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

7.21 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

7.22 EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

7.23 TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional.

7.24 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

7.25 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia, inadecuaciones, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.

7.26 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.

7.27 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

7.28 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA: Todo tratamiento a una madre o un recién nacido que sea relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad.

7.29 ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

7.30 CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.31 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

7.32 ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional.

7.33 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos reventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

7.34 EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA: Esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades (voluntaria activa, voluntaria pasiva o suicidio asistido), incluso si en el país donde se encuentre el asegurado dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.

7.35 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): Estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

a. No sean pre-autorizados por la aseguradora.

b Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

ADMINISTRACIÓN

GENERAL

8.1 **AUTORIDAD:** Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus provisiones. Además, usted acepta que su cobertura será determinada únicamente por los términos y condiciones de esta póliza y no por ninguna declaración o representación hecha por el agente. Después de la emisión, ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea aprobado por escrito por un oficial o el jefe de Suscripción de la aseguradora y dicha aprobación esté respaldada por una enmienda a la póliza.

8.2 **MONEDA:** Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US$).

8.3 **CONTRATO COMPLETO/CONTROLADOR:** La póliza, los términos y condiciones, la solicitud, el certificado de cobertura, y cualquier anexo o enmienda adicional, constituyen el acuerdo completo entre las partes y reemplazan todos los acuerdos, pactos y declaraciones previas, sean escritas u orales, relacionadas con el objeto del presente documento. El asegurado principal reconoce que no se ha basado en ninguna declaración o garantía, expresa o implícita, que no sea la expresamente establecida en este documento. La traducción al español se proporciona para la conveniencia del asegurado. La versión en inglés de esta póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier pregunta o disputa relacionada con esta póliza. Si alguna disposición de esta póliza fuera declarada inválida o inaplicable por cualquier tribunal o entidad administrativa de jurisdicción competente, dicha invalidez o inaplicabilidad no afectará a las demás disposiciones de esta póliza, las cuales permanecerán en pleno vigor y efecto. Si alguna disposición de esta póliza es declarada inválida o inaplicable, pero sería válida o aplicable si se eliminara alguna parte de la disposición, la disposición en cuestión se aplicará con las modificaciones necesarias para hacerla válida mediante negociación de buena fe y acuerdo entre el asegurado y la aseguradora.

8.4 **ACLARACIÓN SOBRE DERECHOS BAJO LEY PPACA:** Esta póliza NO ofrece todos los derechos y protecciones de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (“PPACA” por sus siglas en inglés), también conocida como la ley del cuidado de la salud en los EE.UU. Estos derechos y protecciones incluyen, mas no están limitados a, una o más de las protecciones que ofrece la Ley de Servicios de Salud Pública. Actualmente, el Mercado de Seguros de Salud, a través del cual las personas pueden inscribirse en un plan de salud calificado y posiblemente calificar para subsidios federales, no se encuentra disponible fuera de los Estados Unidos continentales. Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud y las protecciones bajo la ley del cuidado de la salud en los EE.UU., por favor visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

PÓLIZA

9.1 **EMISIÓN DE LA PÓLIZA:** Esta póliza no puede ser emitida ni entregada en los EE. UU., excepto según lo específicamente permitido por las leyes del Estado de Florida. La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el asegurado principal en su país de residencia.

9.2 **PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Esta póliza contempla un período de espera general de sesenta (60) días, durante el cual solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios.

9.3 **COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA:** Sujeto a las condiciones de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de la póliza, no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 Hora Estándar del Este (EE.UU.) en la fecha efectiva de la póliza, y termina a las 24:00 horas, Hora Estándar del Este (EE.UU.):

(a) En la fecha de expiración de la póliza, o

(b) Por falta de pago de la prima, o

(c) A solicitud por escrito del asegurado principal para terminar su cobertura, o

(d) A solicitud por escrito del asegurado principal para terminar la cobertura para algún dependiente, o

(e) Por notificación por escrito de la aseguradora, según se establece en las condiciones de esta póliza.

La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en la fecha de vencimiento del pago.

Si el asegurado principal desea terminar su cobertura por cualquier razón, solamente podrá hacerlo a partir de la fecha de aniversario de la póliza y con previa notificación por escrito de dos (2) meses.

9.4 MODALIDAD DE LA PÓLIZA: Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales sin derecho garantizado de renovación. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la aseguradora autorice otra modalidad de pago..

9.5 CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN: El asegurado principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y la Aseguradora deberá recibir la solicitud antes de la fecha de aniversario. Cuando el asegurado principal solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

(a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado (a excepción de los deducibles acumulados) no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

(b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

(c) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del recién nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

(d) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

(e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.

(e) Los beneficios No obstante lo anterior, la aseguradora podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el asegurado principal solicite cambio de producto, plan, beneficios, o suma asegurada.

9.6 CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA: El asegurado debe notificar a la aseguradora por escrito cualquier cambio en el país de residencia del asegurado dentro de un período máximo de treinta (30) días calendario desde su ocurrencia. Los cambios de país de residencia pueden, a entera discreción de la aseguradora, resultar en la modificación de la cobertura, la no renovación y/o la cancelación de la póliza. Los cambios de país de residencia a los Estados Unidos de América resultarán en la no renovación de la póliza. EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO NO PUEDE SER LOS ESTADOS

UNIDOS DE AMÉRICA. El incumplimiento de notificar a la Aseguradora cualquier cambio en el país de residencia del asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza, la no renovación o la modificación de la cobertura en la próxima fecha de aniversario, a entera discreción de la aseguradora..

9.7 CESE DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA: En caso de que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la aseguradora sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

9.8 REEMBOLSOS: Si el asegurado principal cancela la póliza después de que ésta ha sido emitida, rehabilitada o renovada, la aseguradora no reembolsará la porción no devengada de la prima. Si la aseguradora cancela la póliza por cualquier razón bajo los términos de la póliza, la aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima menos los cargos administrativos y honorarios, hasta un máximo del sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima. La cuota administrativa de la póliza, los honorarios de USA Medical Services, y el treinta y cinco por ciento (35%) de la prima base no son reembolsables. 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 la póliza estuvo en vigor.

9.9 EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: La aseguradora exonerará el período de espera solamente si:

(a) El asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y

(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

(c) El asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud, y

(d) La aseguradora recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

Si se exonera el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

Esta exóneracion del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.

9.10 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el asegurado principal, la aseguradora proporcionará cobertura continua como se especifica en su Tabla de Beneficios sin costo alguno para los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza si la causa de la muerte del asegurado principal se debe a una condición cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente, y terminará automáticamente para el cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta póliza y/o para quienes se haya emitido una póliza propia. Esta extensión de cobertura no aplica para ningún anexo de cobertura opcional. La extensión de cobertura entra en vigencia a partir de la próxima fecha de renovación o de aniversario, la que ocurra primero, después del fallecimiento del asegurado principal.

RENOVACIONES

10.1 PAGO DE LA PRIMA: El asegurado principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la aseguradora. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y la aseguradora no garantiza

la entrega de los mismos. Si el asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con la aseguradora. El pago también puede efectuarse en línea en www.bupasalud.com.

10.2 CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La aseguradora se reserva el derecho de cambiar la prima en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido solamente en base a "clase" en la fecha de renovación de cada póliza.

10.3 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, esta póliza 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.

10.4 CONDICIÓN DE RENOVACIÓN: Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Titular notifique de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la fecha de vencimiento del pago. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas.

10.5 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: La aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar, no renovar o rescindir inmediatamente la póliza si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud, o cualquier declaración hecha a la aseguradora posteriormente, son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la aseguradora aprobara una solicitud cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la aseguradora habría emitido una póliza con cobertura restringida o habría declinado proporcionar cobertura.

La aseguradora se reserva el derecho de cancelar o modificar la póliza de manera anticipada o de modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, en general y específicamente, si el asegurado cambia de país de residencia, independientemente de cuántos años haya estado en vigor la póliza. Durante el término de la póliza, si el país de residencia del asegurado es o se convierte en los Estados Unidos de América, a entera discreción de la aseguradora, la póliza puede ser modificada, no renovada o cancelada. La presentación de una reclamación fraudulenta también es motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

La aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar una póliza en base a la "clase" según se define en esta póliza. Ningún asegurado individual será penalizado de forma independiente mediante la cancelación o modificación de la póliza, debido únicamente por tener un historial de siniestros desfavorables.

10.6 REHABILITACIÓN: Si la póliza no fue renovada durante el período de gracia, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días de haberse terminado el período de gracia, a discreción de la aseguradora, siempre y cuando el asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá de una nueva solicitud de seguro de salud y cualquier otra información o documento requerido por la aseguradora. La póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días de la fecha efectiva de terminación de la misma.

RECLAMACIONES

11.1 DIAGNÓSTICO: Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

11.2 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado debe notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la aseguradora o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica,

ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el asegurado y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

Consulte su Tabla de Beneficios para más detalles sobre los requerimientos de esta cláusula, y si su póliza incluye una responsabilidad por incumplimiento.

11.3 DEDUCIBLE:

(a) Todos los asegurados bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible por cada año póliza, según el plan seleccionado por el asegurado principal. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente es aplicada por asegurado, por año póliza antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al asegurado. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos deducibles individuales. Todos los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar la cantidad máxima de deducible por póliza. Una vez que la cantidad máxima correspondiente al deducible por póliza ha sido alcanzada, la aseguradora considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada asegurado por concepto de deducible.

(b) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros 9 (nueve) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza. Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado.

(c) En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente. Es obligación del asegurado notificar el accidente a la Aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

11.4 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El asegurado deberá solicitar su reembolso a través de mi Bupa en www.bupasalud.com, o enviar su solicitud a servicio@bupalatinamerica.com, incluyendo copia de las facturas detalladas, expedientes médicos y pruebas de pago, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la aseguradora. Adicionalmente, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. Para

que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el asegurado principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

11.5 PAGO DE RECLAMACIONES: La aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la aseguradora reembolsará al asegurado principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la aseguradora y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del asegurado. En caso de que el asegurado principal fallezca, la aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del asegurado principal. USA Medical Services deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al asegurado principal.

Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

11.6 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si el asegurado tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados. Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deberán ser presentadas en primera instancia contra la otra póliza. Esta póliza sólo pagará beneficios cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. Fuera del país de residencia, Bupa Insurance Company funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora. La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

11.7 EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de una reclamación, antes de que se llegue a una conclusión, la aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la aseguradora.

11.8 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El asegurado debe proporcionar a la aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la aseguradora, o el no autorizar el acceso de la aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.

11.9 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: Tras el pago de cualquier reclamación en virtud de la presente póliza, la aseguradora se subrogará en todos los derechos de recuperación del asegurado frente a cualquier tercero responsable de causar la reclamación. Además, la aseguradora tendrá derecho a proceder, por cuenta propia, a reclamar la recuperación en nombre del asegurado, y el asegurado acepta ceder dichos derechos a la aseguradora en la medida de los pagos realizados. Esto incluye, entre otros, el derecho a emprender acciones legales, negociar acuerdos y tomar cualquier otra medida necesaria para recuperar el importe pagado en virtud de la presente póliza. El asegurado se compromete a cooperar plenamente con la aseguradora, sin coste alguno para esta, en el ejercicio de sus derechos de subrogación. Esta cooperación incluye, entre otras cosas, proporcionar la información y los documentos necesarios,

completar y firmar documentos y cuestionarios, y asistir a los procedimientos legales que requiera la aseguradora. El asegurado deberá notificar por escrito a la aseguradora tan pronto como sea razonablemente posible cuando tenga conocimiento de una posible reclamación de subrogación contra un tercero responsable del daño causado al asegurado. El asegurado no hará nada que pueda afectar negativamente o perjudicar los derechos de subrogación de la aseguradora, incluyendo, entre otros, llegar a un acuerdo o compromiso sobre cualquier reclamación contra un tercero responsable sin el consentimiento de la aseguradora. Cualquier falta de cooperación por parte del asegurado en los esfuerzos de subrogación de la aseguradora puede dar lugar a la no renovación de la póliza del asegurado.

11.10 APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de cualquier desacuerdo entre el asegurado y la aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de Bupa Insurance Company antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el asegurado deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al coordinador de apelaciones de Bupa Insurance Company, c/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el comité de apelaciones notificará al asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

11.11 ARBITRAJE DE RECLAMACIONES, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO: Cualquier disputa, reclamación o desacuerdo (en conjunto, «disputa») que no sea resuelta por el Comité de Apelaciones deberá primero ser sometida, a una mediación no vinculante regida por las Normas Internacionales de Mediación del Centro Internacional para la Resolución de Disputas («CIRD»). El mediador designado deberá tener al menos diez (10) años de experiencia en el sector de los seguros médicos. La mediación se llevará a cabo en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que se emita la decisión del Comité de Apelaciones. No se podrá iniciar ningún procedimiento de arbitraje o litigio hasta que la aseguradora y el asegurado participen de buena fe en dicha mediación. Los costos razonables asociados a la mediación correrán a cargo de la aseguradora, siempre y cuando el asegurado participe de buena fe en la mediación.

Si la mediación no tiene éxito según lo determine el mediador designado, la controversia se resolverá exclusivamente mediante arbitraje vinculante de conformidad con el Reglamento de Arbitraje Internacional del CIRD. El asegurado y la aseguradora cooperarán en la selección de un árbitro único, neutral y sin conflictos de intereses, que deberá tener al menos diez (10) años de experiencia en el sector de los seguros médicos. Tanto el asegurado como la aseguradora podrán iniciar el arbitraje presentando una solicitud ante el CIRD y enviando simultáneamente a la otra parte una notificación detallada por escrito en la que se solicite el arbitraje y se expongan los fundamentos fácticos y jurídicos de su reclamación. El arbitraje se llevará a cabo en el condado de Miami-Dade, Florida, EE. UU., o si lo aprueba la aseguradora, en el país de residencia del titular de la póliza. Los gastos del arbitraje se repartirán a partes iguales entre las partes. Todas las cuestiones relativas a la arbitrabilidad se remitirán al árbitro. El árbitro emitirá un laudo por escrito y la sentencia sobre dicho laudo dictada por el árbitro podrá presentarse ante cualquier tribunal de jurisdicción competente. Cada una de las partes será responsable de pagar sus propios honorarios de abogados y los costos del arbitraje, sin perjuicio de cualquier recurso al que una parte pueda tener derecho posteriormente o de una indemnización razonable por los honorarios y costos dictada por el árbitro. Todos los procedimientos de arbitraje se considerarán confidenciales y cualquier información intercambiada entre las partes o presentada ante el árbitro se tratará como información confidencial. El idioma del arbitraje será el inglés.

NO OBSTANTE, SI EL ASEGURADO NO DESEA QUEDAR VINCULADO POR LA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE ANTERIOR DE ESTA PÓLIZA, EL

ASEGURADO PUEDE OPTAR POR NO PARTICIPAR MEDIANTE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A BUPA GLOBAL LATIN AMERICA, A LA ATENCIÓN DE: DEPARTAMENTO LEGAL, 18001 OLD CUTLER ROAD, SUITE 500. PALMETTO BAY, FLORIDA 33157. DICHA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO DEBERÁ ENVIARSE EN UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PÓLIZA Y DEBERÁ INCLUIR EL NOMBRE DEL ASEGURADO, EL NÚMERO DE PÓLIZA Y UNA DECLARACIÓN CLARA DE QUE EL ASEGURADO OPTA POR NO ACEPTAR LA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE. SI EL ASEGURADO NO OPTA POR NO PARTICIPAR EN EL PLAZO ESPECIFICADO, EL ACUERDO DE ARBITRAJE SERÁ VINCULANTE Y EJECUTABLE.

En caso de que el asegurado opte por no someterse al arbitraje, el asegurado confiere jurisdicción y competencia exclusivas al condado de Miami-Dade, Florida, para resolver cualquier controversia y determinar cualquier derecho en virtud de la presente póliza. El asegurado no emprenderá ninguna acción legal que surja de o esté relacionada con la presente póliza en el país de residencia del asegurado. Cada parte correrá con sus propios costes y gastos, incluidos los honorarios de los abogados incurridos en relación con cualquier litigio iniciado.

La póliza y su ejecución, cumplimiento o incumplimiento, interpretación, construcción y todas las reclamaciones o causas de acción (ya sean contractuales, extracontractuales, legales o de otro tipo) que puedan basarse en, surgir de o estar relacionadas con esta póliza, o con las transacciones contempladas en la misma, se regirán exclusivamente por las leyes del estado de Florida, EE. UU., y se interpretarán de conformidad con ellas, sin referencia ni consideración alguna a sus principios de conflicto de leyes.

11.12 PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS: La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del Asegurado, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnostico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el Asegurado no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza.

En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, La Aseguradora podrá, a su entera discreción: i. solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado); ii. reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura; iii. reducir el monto pagado por error de la prima no devengada; iv. levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.

DEFINICIONES

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Los accidentes deben ser notificados durante las 72 (setenta y dos) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los 30 (treinta) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.

ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una lesión corporal demostrable que requiere una hospitalización inmediata de veinticuatro (24) horas o más durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

ACTIVIDADES PELIGROSAS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

ANEXO: Documento añadido a la póliza por la aseguradora, que agrega y detalla una cobertura opcional.

AÑO CALENDARIO: Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la aseguradora. El término “asegurado” incluye al asegurado principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL: La persona que llena la solicitud de seguro de salud. Ésta es la persona que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

BLOQUE: Los asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera al asegurado principal y cada dependiente cubierto bajo la póliza.

CLASE: Los asegurados de todas las pólizas 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: El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su tabla de beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

COASEGURO MÁXIMO (Stop Loss): El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.

CÓDIGOS CPT "Current Procedural Terminology" (CPT) o en español, "Terminología Procedimental Actual": Es una lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

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

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias). Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

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.

CONDICIÓN TERMINAL: La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios.

El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

COPAGO: El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

CUIDADOS PALIATIVOS: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para el manejo del dolor.

DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL: Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa repentina e imprevista.

DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

DEPENDIENTE: Los dependientes elegibles bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:

(a) El o la cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del asegurado principal

(b) Hijos biológicos

(c) Hijos adoptados legalmente

(d) Hijastros

(e) Menores de edad para quienes el asegurado principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente

(f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

DEPORTE PROFESIONAL O POR COMPENSACIÓN: El deporte profesional o por compensación es una práctica deportiva voluntaria que realizan los deportistas, ya sea por cuenta propia o dentro de la organización o dirección de un club, liga, entidad deportiva o similar, mediante una relación establecida de carácter regular y recibiendo o con la intención de recibir a cambio, una retribución derivada de esta práctica deportiva en forma de salario, patrocinio u otro tipo de financiamiento o retribución, e incluyendo los respectivos entrenamientos aun cuando no se reciba compensación por ello.

DESEMBOLSO MÁXIMO (Out of Pocket Maximum): El desembolso máximo es el monto máximo que el asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año poliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

DIÁLISIS: Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantado en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la póliza proporciona beneficios de embarazo y para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. Este período de espera de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el período de espera de sesenta (60) días para cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.

EMERGENCIA: Condición médica 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.

ENFERMEDAD: Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

ENMIENDA: Documento que la aseguradora agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la póliza.

EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA: Acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.

FECHA DE RENOVACIÓN: Es la fecha cuando debe hacerse el pago de la prima. Puede ocurrir en una fecha distinta a la fecha de aniversario, dependiendo del modo de pago que ha sido autorizado por la aseguradora.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura.

GASTOS ELEGIBLES: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la membresía que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios, y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

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.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por USA Medical Services. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

(a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado, la familia del asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite), o

(b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del asegurado, o

(c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o

(d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o

(e) Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con mecanismos de acción especiales diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

MEDICAMENTOS DE MARCA/ DE CASA COMERCIAL: Son medicamentos que hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a prescripción médica. Esta cobertura incluye medicamentos genéricos y de marca debidamente autorizados, siempre que sean adquiridos en farmacias legalmente habilitadas y de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan contratado.

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.

NOTIFICACIÓN: El Asegurado tiene la obligación de comunicar una notificación a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir un tratamiento de emergencia. Esta notificación deberá realizarse dentro de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio de la necesidad del tratamiento. Un tercero podrá realizar la notificación en nombre del Asegurado si éste no pudiera hacerlo por sí mismo. Todas las notificaciones deben comunicarse a través de los canales de soporte aceptados, que se especifican en la tarjeta del seguro.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el Asegurado (principal, cónyuge e hijos dependientes) ha declarado en la Solicitud de Seguro tener su residencia física y reside por un mínimo de ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante el año calendario, indicado por escrito tener su residencia física, o su país de origen, o el país que posteriormente haya informado al asegurador como su residencia.

PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

PERÍODO DE ESPERA GENERAL: El período de tiempo durante el cual el asegurado no contara con ningún beneficio, excepto las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

PERÍODO DE ESPERA ESPECIFICO: El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios. Los beneficios con período de espera específicos nos e eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.

PERÍODO DE GRACIA: El período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual la aseguradora permitirá que la póliza sea renovada.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

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

RED DE PROVEEDORES: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para tratar a asegurados en nombre de la aseguradora. La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores está disponible en USA Medical Services o en el sitio web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

RED DE PROVEEDORES PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la aseguradora con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la red de proveedores para procedimientos de trasplante está disponible en USA Medical Services 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 affidávit de relación de vida doméstica requerido.

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.

SOLICITANTE: La persona que llena la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.

SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por la aseguradora, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la aseguradora antes de la emisión de la póliza.

SUSCRIPCIÓN MÉDICA: Proceso interno en que la aseguradora evalúa el riesgo asociado a la salud del solicitante. Este proceso incluye la revisión de la información médica, historial de salud, perfil demográfico, el estilo de vida y otros factores que puedan estar relacionados con las necesidades médicas actuales y/o futuras de los miembros, siendo de manera enunciativa y no limitativa del siguiente análisis: limitación y/o exclusión de coberturas generales y/o particulares de la póliza, y/o rechazar la petición de la cobertura general del solicitante.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

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 prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

18001 Old Cutler Road, Suite 500
Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 305 275 1500, + 1 800 321 5187
Fax: +1 (305) 275 1518
www.bupasalud.com
servicio@bupalatinamerica.com

BIC-TC-SALP-V27.01