

PREMIER 1 GOLD

Guía para Asegurados

CONTENIDO

SU SALUD ANTE TODO 2
- Su cobertura 3
- Administre su póliza en línea 5
- USA Medical Services 6
- Para contactarnos 7

SU REEMBOLSO 8
TABLA DE BENEFICIOS 10
CONDICIONES DE LA PÓLIZA 14
GLOSARIO 25

Este documento es una traducción del idioma inglés. En caso de discrepancias entre ambas versiones del texto o de ambigüedades en la traducción al español, prevalecerá el original en inglés.

SU SALUD ANTE TODO

¿Ha pensado alguna vez qué sucedería con su familia, su carrera profesional y su situación financiera, si usted contrajera una enfermedad inesperada?

Es nuestra experiencia que enfermedades de largo plazo pueden tener serias consecuencias de orden financiero y social.

En Bupa, su salud es nuestra prioridad. Por eso, ofrecemos planes de seguro diseñados para aquellos clientes que requieran cobertura médica internacional, así como asesoramiento sobre su salud y bienestar.

Queremos asegurarnos de que nuestros clientes con necesidades especiales no queden excluidos en ningún sentido. Ofrecemos la opción de obtener sus cartas y documentos en braille, letra grande, y audio. Por favor déjenos saber si necesita alguna de estas opcione.

UNA COMPAÑÍA EN LA QUE USTED PUEDE CONFIAR

Bupa es una reconocida aseguradora líder en el campo de la salud que ofrece una amplia variedad de productos y servicios a los residentes de Latinoamérica y el Caribe. Bupa se inició en 1947 como una mutual de seguros en el Reino Unido con tan sólo 38,000 asegurados. Hoy día, Bupa vela por la salud y el bienestar de millones de personas alrededor del mundo, situándose en una posición ventajosa para el beneficio de sus asegurados.

Desde su fundación hace más de 70 años, Bupa ha mantenido una constante solidez financiera y continúa fortaleciendo sus credenciales como líder en el cuidado de la salud. Bupa no tiene accionistas, lo cual le permite reinvertir todas las ganancias para optimizar sus productos y mejorar los servicios que la empresa y sus proveedores brindan.

La confianza en el personal y los servicios médicos que brindamos es esencial. Bupa emplea a más de 85,000 personas en todo el mundo, quienes brindan experiencia, atención y servicio de calidad. Bupa Insurance Limited está autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera y la Autoridad de Regulación Prudencial. La Autoridad de Conducta Financiera no regula las actividades de Bupa Insurance Limited que se llevan a cabo fuera del Reino Unido.

SU COBERTURA

Premier 1 Gold ofrece excelentes beneficios, y le ofrece cobertura tanto dentro como fuera de la red de proveedores de Bupa, brindándole completa libertad de elección al decidir qué clínica, hospital o especialista desea utilizar.

Con una suma anual asegurada de US$1.5 millones, este plan le ofrece extensos servicios y generosos beneficios para tratamientos tanto hospitalarios como ambulatorios. Además, le permite la posibilidad de elegir entre una cobertura exclusiva en América Latina y otra de carácter mundial. Por favor consulte el Glosario para ver la definición de “América Latina”.

OPCIÓN SUPLEMENTARIA - BUPA GLOBAL TRAVEL

Con un plan Premier 1 Gold, sus gastos médicos también estarán cubiertos mientras se encuentre de viaje en América Latina. Sin embargo, con Bupa Global Travel, usted obtiene beneficios adicionales, tales como acompañamiento compasivo de emergencia y repatriación, si algún familiar cae seria y gravemente enfermo en su país de residencia. Además, no existe deducible alguno para Bupa Global Travel: es decir que los reembolsos de su plan de viajes contarán como parte del deducible anual de su plan Premier 1 Gold. Si obtiene Bupa Global Travel como suplemento para su plan Premier 1 Gold, recibirá un descuento sobre la prima de su seguro de viaje.

Las Condiciones de póliza del Bupa Global Travel se detallan en publicación por separado.

* La cobertura de Bupa Global Travel para los productos BGLA está sujeta a las disposiciones establecidas en estos Términos y Condiciones Generales y puede no ser aplicable en ciertos casos.

ELECCIÓN DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una serie de opciones de deducibles anuales para ayudarle a reducir el precio que usted paga por su cobertura: cuanto mayor sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

Deductible US$					
250	500	1,000	2,000	5,000	10,000

Se aplica sólo un deducible por persona y por año póliza, el cual cuenta para todos los servicios. Sin embargo, para ayudarle a reducir sus gastos, su familia sólo tendrá que pagar el importe correspondiente a la suma de los dos deducibles de mayor cuantía de su póliza.

NIÑOS

Cuando uno de los padres tenga derecho a los beneficios de maternidad, su hijo recién nacido será automáticamente incluido en la póliza de tal padre; independientemente del estado de salud del niño al nacer (por favor vea el Art. 8.2h). Dos niños menores de diez años pueden ser asegurados gratuitamente.

COBERTURA DE POR VIDA

Usted podrá ser asegurado a pesar de la mayoría de las condiciones médicas que haya podido sufrir antes de suscribir el seguro. Los consultores médicos de Bupa llevarán a cabo una evaluación de su caso, y decidirán las condiciones de su póliza de seguro. Es posible que le sea cobrada una sobreprima o que le sea declarada una exclusión sobre su cobertura.

Personas de todas las nacionalidades, que no hayan cumplido los 75 años de edad, podrán solicitar el seguro; y, una vez aceptada la solicitud, la renovación de su póliza estará garantizada de por vida, sin importar ni su edad ni cambios en su estado de salud. Aun si desarrollara una condición crónica a largo plazo, ello no influirá sobre los términos bajo los cuales se haya suscrito el seguro.

OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

Lo que sea que su trabajo implique, o a donde sea que éste lo lleve, usted permanecerá cubierto. No existen restricciones con respecto a sus aficiones o al tipo de deportes que usted practique, aún a nivel profesional.

Para mayores detalles, vea por favor la Tabla de beneficios y las Condiciones de póliza.

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

Ingrese a www.bupasalud.com, busque la sección “Mi Bupa” y siga los pasos de registro con su correo electrónico, para que administre su póliza desde la comodidad de su casa u oficina, y disfrute de todos nuestros servicios en línea:

- Acceso a los documentos de su póliza y tarjetas de seguro
- Realizar los pagos de su póliza
- Solicitar cambios de su póliza
- Solicitar reembolsos, y ver el estatus de sus reclamos
- Enviar consultas al área de servicio al cliente
- Solicitar pre-autorizaciones
- Blua (servicio digital de salud)

Usted es responsable de revisar todos sus documentos y correspondencia online.

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los asegurados de Bupa apoyo profesional al presentar una reclamación. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarle a coordinar su hospitalización y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite verificar beneficios o una ambulancia aérea, nuestro personal profesional está a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal profesional mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

CUANDO OCURRE LO PEOR, ESTAMOS A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de una evacuación médica de emergencia, USA Medical Services moviliza su extenso sistema mundial de transporte aéreo y terrestre de emergencia. Proporcionamos aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Cuando cada segundo de su vida cuenta...cuente con USA Medical Services.

PARA CONTACTARNOS

¿ALGUNA PREGUNTA?

Nuestro personal de servicio al cliente está disponible lunes a viernes de 9:00 A.M. a 5:00 P.M. (EST) para ayudarle con:

- Preguntas sobre su cobertura
- Cambios a su cobertura
- Actualización de sus datos personales

Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas
en nuestra opción de Consulta
www.bupasalud.com/MiBupa

Tel: +1 (305) 270 3944
Fax: +1 (305) 270 3948

EMERGENCIAS MÉDICAS

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, por favor comuníquese con el personal de USA Medical Services al:

Tel: +1 (305) 275 1500
Fax: +1 (305) 275 1518
www.bupasalud.com/Mibupa

CORRESPONDENCIA Y RECLAMACIONES

Por favor envíe su requerimiento a través de Mi Bupa,
www.bupasalud.com/MiBupa.

SU REEMBOLSO

Los gastos médicos serán pagados de acuerdo con la Tabla de beneficios una vez el deducible anual haya sido alcanzado. En caso de que una hospitalización tenga lugar en los Estados Unidos, el coaseguro será deducido del reembolso.

Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la compañía considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

PERÍODO DE ESPERA

En caso de enfermedades o lesiones graves y agudas, la cobertura entrará en vigor inmediatamente a partir de la fecha de inicio de la póliza. De lo contrario, se aplicará un período de espera de cuatro semanas, con las siguientes excepciones:

Si transfiere su seguro de otro plan médico internacional equivalente directamente a Bupa, no se aplicará el período de espera de cuatro semanas.

El período de espera para embarazo y maternidad es de diez meses.

COASEGURO

El coaseguro es la parte de los gastos médicos que usted debe pagar por cada hospitalización en los Estados Unidos. Después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos, Bupa reembolsará el 80% de los primeros US$5,000 y el 100% del balance pendiente. Esto significa que el coaseguro máximo que usted tiene que pagar para cada hospitalización en los Estados Unidos es de US$1,000. No se aplica coaseguro en relación con gastos por concepto de maternidad o accidentes serios.

ADMISIÓN POR EL DÍA Y TRATAMIENTO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN DENTRO Y FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Por favor, infórmenos sobre cualquier admisión hospitalaria tan pronto como le sea posible para que podamos tramitar el pago directo de sus facturas, permitiéndole así concentrarse en su recuperación. Al contactarnos, necesitamos saber lo siguiente:

- La fecha de admisión
- El diagnóstico
- El tratamiento
- La fecha de alta estimada

Bupa le reembolsará los gastos relacionados con la notificación de la admisión hospitalaria (por ejemplo, su llamada a Bupa desde otro país).

Usted puede elegir la clínica u hospital donde desea recibir tratamiento. Toda admisión por el día y tratamiento durante una hospitalización que sean realizados fuera de los Estados Unidos serán cubiertos al 100% después del pago del deducible correspondiente. Si el tratamiento se lleva a cabo dentro de la red de proveedores de Bupa en los Estados Unidos, todos los beneficios de admisión por el día y tratamientos durante la hospitalización serán reembolsados también al 100% luego del pago del deducible y el coaseguro correspondientes. Si en caso de

emergencia usted no tiene la posibilidad de ponerse en contacto con nosotros para obtener tal aprobación, deberá informarnos dentro de un plazo no mayor a 72 horas cualquier admisión hospitalaria en nuestra red de proveedores.

Si el proveedor de su elección en los Estados Unidos no forma parte de la red de proveedores de Bupa, entrarán en vigor las tarifas máximas de tratamientos fuera de la red, tal como aparecen en la Tabla de beneficios vigente.

Nosotros contamos con una red de proveedores con probada calidad que incluye más de 400,000 clínicas, hospitales y médicos. Esto significa que usted puede descansar tranquilo, sabiendo que recibirá el mejor de los tratamientos dentro de la red de proveedores de Bupa y que la mayoría de sus gastos podrán serles pagados directamente a las instalaciones médicas que usted utilice. Usted puede obtener mayor información con respecto a la red de proveedores de Bupa poniéndose en contacto con USA Medical Services o visitando www.bupasalud.com.

OTROS TRATAMIENTOS

Usted puede elegir cualquier proveedor para tratamientos ambulatorios, tales como consultas médicas y fisioterapias. En esos casos, los gastos deberán ser pagados por el asegurado, antes de solicitar el reembolso.

Al solicitar reembolsos por concepto de tratamientos ambulatorios, usted deberá presentar:

- Facturas y recibos oficiales, originales y detallados
- Un formulario de solicitud de reembolso completo

Al recibir el formulario de solicitud de reembolso, evaluaremos su solicitud y reembolsaremos los gastos en dólares de los Estados Unidos de América (US$).

EVACUACIÓN MÉDICA

Independientemente de las circunstancias, usted deberá informarnos antes del inicio del transporte, ya sea directamente o a través del médico tratante. Los servicios de evacuación médica deben ser aprobados con anticipación y coordinados por Bupa.

Los consultores médicos de Bupa, en colaboración con el médico tratante, elegirán un lugar de tratamiento adecuado, y nos haremos cargo de todos los detalles para asegurarnos de que tanto el transporte como la hospitalización se realicen de la manera más eficaz posible.

TABLA DE BENEFICIOS

Los gastos serán reembolsados según las cantidades a continuación. Los beneficios serán pagaderos cuando el importe total a reembolsar exceda el deducible elegido. La Tabla de beneficios forma parte de las condiciones de la póliza. El Glosario al final de esta guía define ciertos términos relacionados con su cobertura.

Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América (US$).

Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la compañía considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

Cobertura máxima por persona, por año póliza	US$1.5 millones
Beneficios y limitaciones por admisión por el día y tratamiento durante hospitalización	
Tratamiento fuera de los Estados Unidos Si el tratamiento se lleva a cabo fuera de los Estados Unidos, todos los beneficios por admisión por el día y tratamiento durante la hospitalización indicados abajo serán reembolsados en su totalidad. Las reglas de preaprobación y las cantidades máximas de días a continuación permanecen vigentes.	100%
Tratamiento dentro de la red de proveedores en los Estados Unidos Si elige un proveedor dentro de la red de proveedores de la compañía, los beneficios por admisión por el día y tratamiento durante la hospitalización indicados abajo serán reembolsados en su totalidad. Las reglas de preaprobación y las cantidades máximas de días a continuación permanecen vigentes. El tratamiento dentro de la red de proveedores deberá ser preaprobado por la compañía.	100%
Tratamiento fuera de la red de proveedores en los Estados Unidos Si el hospital o clínica en los Estados Unidos no forma parte de la red de proveedores de la compañía, los gastos serán reembolsados de acuerdo con las siguientes tarifas de reembolso:	Ver abajo
Honorarios de médicos por servicios médicos y quirúgicos	100%
Habitación privada o semiprivada, por día	US$1,000
Habitación en cuidados intensivos, por día	US$3,000
Servicios de enfermería, honorarios de quirófano, medicinas y vendajes	100%
Gastos de habitación en el hospital para acompañante del paciente asegurado, por día	US$300
Rehabilitación durante la hospitalización (en hospital o centro de rehabilitación) médicamente prescrita por una enfermedad grave y aguda o accidente serio, todo incluido, máx. 30 días por incidente. Debe ser preaprobada por la compañía.	US$525
Tratamiento médico y análisis, incluyendo cirugía ambulatoria	100%
Salud Mental durante la hospitalización (tratamiento psiquiátrico y/o psicológico producto de una condición cubierta). Deben ser pre-aprobados	100%
Tratamiento en sala de emergencias debido a una enfermedad grave y aguda o accidente serio	100%
Prótesis, aparatos y dispositivos ortóticos médicamente necesarios e implantados durante cirugía	100%
Tratamiento dental de emergencia debido a un accidente serio, hasta 30 días después de haber sido dado de alta del hospital. En caso de duda, el consultor odontológico de la compañía tomará la decisión.	100%
Se aplica coaseguro en cada hospitalización en los Estados Unidos de América.	

Otros beneficios y limitaciones	
Quimioterapia y radioterapia para el tratamiento del cáncer	100%
Tratamiento de diálisis por insuficiencia renal	100%
Procedimientos de trasplante, máximo de por vida, por diagnóstico y por curso de tratamiento, todo incluido. Solamente se cubren los trasplantes de órganos, células y tejido humanos. La obtención de órganos, células o tejido deberá ser preaprobada por la compañía.	US$600,000
Tratamiento en el hogar por una enfermera autorizada, prescrito después de una hospitalización accidente serio o enfermedad grave y aguda, máx. 30 días por incidente. Debe ser preaprobado por la compañía.	US$250
Residencia y cuidados paliativos: admisión por el día, tratamiento ambulatorio o durante hospitalización. Debe ser preaprobado por la compañía.	US$10,000
Ambulancia terrestre de emergencia hacia y desde el hospital	100%
Brazos y piernas artificiales (máximo de por vida US$120,000)	US$30,000
Cuidados personales por diagnóstico de Alzheimer	US$5,000 de por vida

Beneficios y limitaciones por embarazo, maternidad y parto	
Parto normal, parto complicado, cesárea electiva, cuidado pre-natal, incluyendo vitaminas para el embarazo, y examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), y cuidado postnatal, por embarazo.	US$7,500
Cesárea médicamente prescrita, cuidado pre-natal, incluyendo vitaminas para el embarazo, y examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), y cuidado postnatal, por embarazo.	US$10,000
Se aplica un período de espera de 10 meses antes de que los beneficios por embarazo, maternidad y parto sean reembolsables. Estos beneficios están sujetos a deducible. No aplica coaseguro.	

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	
Consultas con médicos, especialistas y/o psiquiatras, máx. 30 consultas por año póliza	100% cobertura en América Latina (excepto México) 80% cobertura en el resto del mundo
Intervención quirúrgica	
Análisis de laboratorio, radiografías, endoscopias (gastroscopias, colonoscopias, cistoscopias), electrocardiogramas, ecocardiografías, biopsias, exámenes de ultrasonido y tomografías IRM, TAC, TEP	
Terapia, incluyendo consulta y tratamiento (fisioterapia, tratamiento quiropráctico, osteopatía, acupuntura, tratamiento homeopático, terapia ocupacional y terapia del lenguaje a corto plazo médicamente prescritas y relacionadas con una enfermedad o lesión). Máx. 60 consultas por año póliza.	
Consultas médicamente prescritas con dietista certificado, máx. 4 consultas por año póliza.	
Chequeo médico general Adulto, máx. por año póliza ○ No aplica deducible	US$600
Chequeo médico general Pediátrico, máx. por año póliza ○ No aplica deducible	US$600

Vacunas (médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación) ○ No aplica deducible ○ Sujeto a 20% de coaseguro	US$1,600
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Gastos derivados del tratamiento en los 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 ○ Sujeto a un copago de US$50 ○ No aplica deducible	100%
Medicamentos prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria relacionados con un tratamiento cubierto, máx. por persona, por año póliza El medicamento debe estar relacionado con el diagnóstico, y se debe incluir la prescripción médica con el formulario de solicitud de reembolso.	US$1,000
Medicamentos prescritos después de un tratamiento ambulatorio, máx. por persona, por año póliza El medicamento debe estar relacionado con el diagnóstico, y se debe incluir la prescripción médica con el formulario de solicitud de reembolso.	US$400

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	
Transporte al lugar de tratamiento apropiado más cercano en caso de enfermedad grave y aguda o accidente serio cuando el tratamiento adecuado no pueda ser proporcionado localmente	100%
Gastos por el transporte de un familiar o amigo que acompañe al paciente durante la evacuación médica	100%
Gastos por el transporte de regreso al lugar de donde se evacuó al paciente, al completar el tratamiento, para el paciente y la persona acompañante	100%
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido incluyendo requerimientos legales, tales como embalsamamiento y ataúd de cinc	100%
La evacuación médica debe ser preaprobada y coordinada por la compañía.	

Servicios en línea
○ Un resumen completo de su póliza ○ Copia de su solicitud de seguro de salud ○ El estatus de sus solicitudes de reembolso más recientes ○ Información sobre los pagos de su prima online y copia de su recibo ○ Acceso para cambiar su información demográfica

Bupa Global Travel (opción suplementaria no incluida automáticamente)
○ Suma asegurada anual ilimitada ○ Cobertura de enfermedad o lesión inesperada al viajar fuera de su país de residencia ○ Acompañamiento de pariente cercano ○ Repatriación en caso de enfermedad grave e inesperada de un pariente cercano ○ Sin deducible
Las condiciones que regulan el plan Bupa Global Travel se encuentran en publicación por separado.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

ART. 1 ACEPTACIÓN DEL SEGURO

1.1 Bupa Insurance Limited, en adelante llamada la compañía, determinará si la cobertura de seguro puede ser aprobada. Para que el seguro sea aprobado y la compañía se convierta en su aseguradora, la solicitud debe ser aprobada por la compañía y la prima correspondiente debe ser pagada a la compañía.

1.2 Para que el seguro sea aceptado por la compañía, debe presentarse una solicitud antes de cumplir los setenta y cinco (75) años. La compañía se reserva el derecho, en casos excepcionales, de renunciar a este requisito.

1.3 Para que el seguro pueda ser ofrecido por la compañía bajo las condiciones generales, el solicitante debe gozar de buena salud al momento de la aceptación y no sufrir ni haber sufrido ninguna enfermedad o trastorno recurrentes, ni lesión o debilidad física algunas.

1.3.1 En caso de no cumplirse las condiciones del Art. 1.3, la compañía podrá ofrecer el seguro bajo condiciones especiales. En caso de que la compañía decida ofrecer el seguro bajo tales condiciones, el titular del seguro recibirá una póliza de seguro confirmando las mismas.

1.4 En caso de que el estado de salud del solicitante cambiara después de haber firmado la solicitud, pero antes de ser aceptada por la compañía, el solicitante está obligado a comunicar dicho cambio de inmediato a la compañía.

ART. 2 CUÁNDO ENTRA EN VIGOR EL SEGURO

2.1 El seguro entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de la compañía. La fecha de inicio aparecerá estipulada en la póliza de seguro. La compañía podrá convenir otra fecha de inicio con el titular del seguro.

ART. 3 PERÍODOS DE ESPERA PARA NUEVOS CONTRATOS DE SEGURO

3.1 Al celebrarse un nuevo contrato de seguro, el derecho de compensación no entrará en vigor hasta cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio del seguro. Sin embargo, el período de espera no se aplica cuando el asegurado pueda probar su transferencia simultánea de un seguro equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.

3.1.1 El derecho de compensación en caso de enfermedades graves y agudas, así como en el de lesiones graves, será efectivo a partir de la fecha de inicio del seguro.

3.1.2 En los casos de embarazos y partos, así como en los de sus secuelas, el derecho de compensación sólo entrará en vigor después de diez (10) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.

3.2 El asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura con efecto a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes de antelación a la compañía y sujeto a prueba de asegurabilidad, conforme al Art. 1.

3.3 La compañía tramitará una ampliación de la cobertura como una nueva solicitud, de conformidad con el Art. 1.

ART. 4 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO BAJO EL SEGURO

4.1 El seguro cubrirá a cada asegurado nombrado en la póliza de seguro, incluyendo a los niños registrados bajo la misma.

4.2 Dos niños menores de diez (10) años por familia podrán ser asegurados gratuitamente, si se cumplen los requisitos para la aceptación bajo las condiciones generales de conformidad con el Art. 1.3.

4.2.1 La cobertura gratuita para los niños estará sujeta además a que el niño esté registrado en la compañía, y que uno de los asegurados tenga la custodia del niño.

4.3 Una solicitud deberá ser presentada por cada recién nacido.

4.4 Si la cobertura de uno de los padres ha estado en vigencia durante un mínimo de diez (10) meses, el recién nacido podrá recibir cobertura a pesar de lo indicado en el Art. 1.3, y sin necesidad de que sea presentado un formulario de solicitud. Sin embargo, por favor consulte el Art. 8.2 h. Deberá presentarse una copia del certificado de nacimiento dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento. Si no se recibe el certificado de nacimiento dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento, será necesario presentar un cuestionario médico con la información del recién nacido, quien deberá pasar por el procedimiento estándar de evaluación de riesgo, según el Art. 1. La inscripción del recién nacido será efectiva a partir de la fecha en que se firme el cuestionario médico.

4.4.1 En caso de adopción, el asegurado deberá presentar una declaración de salud a nombre del niño adoptado.

4.5 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.

ART. 5 DÓNDE ES EFECTIVA LA COBERTURA

5.1 El seguro ofrecerá cobertura en la región geográfica que aparezca indicada en la póliza de seguro.

5.2 Ni nosotros ni ninguna de nuestras filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participaremos en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a la compañía, donde esto también sea prohibido por las leyes del Reino Unido y/o Dinamarca. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

ART. 6 QUÉ CUBRE EL SEGURO

6.1 El seguro cubrirá los gastos médicos del asegurado, de acuerdo con la cobertura elegida, y observándose las tarifas de reembolso correspondientes. Las tarifas de reembolso válidas aparecen en la Tabla de beneficios.

6.2 Se otorgará la compensación, una vez que la compañía haya constatado que los gastos estén cubiertos por el seguro y previa presentación de un formulario de solicitud de reembolso debidamente rellenado y acompañado de las facturas originales y especificadas, así como de los recibos de pago.

6.3 Se pagará el importe reembolsable cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual. El deducible se reducirá con importes que no excedan las tarifas de reembolso especificadas en la Tabla de beneficios. El deducible se aplicará por persona y por año póliza. Sin embargo, se aplicarán como máximo dos (2) deducibles por familia, por año póliza. El deducible máximo por año póliza corresponderá a la suma de los dos (2) deducibles de mayor valor que hayan sido alcanzados. Cada hospitalización en los Estados Unidos está sujeta a coaseguro. Después de aplicar el deducible y los límites determinados, la compañía reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los primeros cinco mil dólares (US$5,000) y el cien por ciento (100%) de la suma que exceda los cinco mil dólares (US$5,000) según las tarifas de reembolso correspondientes.

6.3.1 Cuando un beneficio tiene un límite máximo de reembolso, los gastos primero serán aplicados al deducible que se haya elegido. Cuando los gastos excedan la cantidad del deducible, la compañía pagará la diferencia entre la cantidad aplicada al deducible y el total de gastos elegibles hasta el límite máximo del beneficio específico indicado en la Tabla de beneficios.

6.3.2 En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata por veinticuatro (24) horas o más, no se aplicará ni deducible ni coaseguro por el período de la primera hospitalización únicamente.

6.4 Los médicos y especialistas tratantes deberán tener una autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método de tratamiento deberá estar aprobado y ser considerado como apropiado para el diagnóstico en cuestión por parte de las autoridades de sanidad pública del país de tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, sólo serán cubiertos con la previa aprobación de los consultores médicos de la compañía.

6.5 En ningún caso, el importe de la compensación excederá el de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la compañía que exceda el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la compañía la suma excedente; en caso contrario, la compañía deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y la compañía.

6.6 El pago de reembolso estará limitado a los precios usuales y razonables, para el área geográfica o el país donde se efectúe el tratamiento.

6.7 Cualquier descuento que sea negociado directamente entre la compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la compañía misma para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo el mismo producto de seguro.

6.8 Cualquier pago extraordinario se efectuará completamente a discreción de la compañía. Si la compañía decide efectuar un pago que no le corresponde por derecho al asegurado, el asegurado lo aceptará como una decisión única. Al hacerlo, la compañía no está exonerando ninguna de las condiciones de la póliza, y no está obligada de ninguna manera a continuar efectuando pagos por tratamientos similares o idénticos que no estén cubiertos por el seguro. Los pagos extraordinarios serán aplicados a la cobertura máxima anual asegurada, por persona por año póliza.

6.9 Las prótesis (excluyendo brazos y piernas artificiales), dispositivos ortóticos, y equipo médico durable están cubiertos al cien por ciento (100%) cuando

sean médicamente necesarios e implantados durante cirugía. La cobertura para brazos y piernas artificiales está limitada al beneficio máximo descrito en el Art. 6.9.1.

6.9.1 Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta un máximo de treinta mil dólares (US$30,000) por asegurado, por año póliza, con un límite máximo de ciento veinte mil dólares (US$120,000) de por vida. 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.

6.10 Se proporciona cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humanos hasta la cantidad máxima especificada en la Tabla de beneficios, luego de satisfacer el deducible correspondiente. Este beneficio 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, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye:

(a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye 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) 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.

(e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.

(f) Cualquier 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.

6.11 Se proporciona cobertura para Cuidado Personal a asegurados diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer, hasta el límite estipulado en la Tabla de Beneficios de cinco mil dólares (US$5,000) por asegurado, de por vida, comprende asistencia para realizar actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc, y que son proporcionadas por personal técnico o de enfermería.

ART. 7 EVACUACIÓN MÉDICA

7.1 La cobertura de servicios de evacuación médica estará sujeta a las condiciones que se enumeran a continuación.

7.1.1 Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por el asegurado por concepto de transporte en ambulancia aérea, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión grave. El transporte se realizará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.

7.1.2 Los gastos de evacuación por concepto de transporte solamente estarán cubiertos si dicho transporte ha sido organizado por la compañía.

7.1.3 La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la compañía se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al asegurado, así como también sobre el lugar al que el asegurado debe ser transferido; ya sea a su país de residencia, al país de origen, o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.

7.1.4 El seguro cubrirá los gastos razonables y necesarios por concepto de transporte incurridos por una persona para acompañar al asegurado.

7.1.5 Se cubrirá, como máximo, un transporte en el transcurso de una enfermedad.

7.1.6 La cobertura de evacuación médica será efectiva únicamente si la enfermedad o accidente está cubierto por el seguro y si la cobertura del asegurado incluye el país al cual es necesario transportarle.

7.1.7 Si el asegurado ha sido transportado hacia un lugar de tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del asegurado y de la persona acompañante —si la hubiera— al lugar mismo desde el cual el asegurado haya sido trasladado en primer lugar. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica.

7.1.8 En caso que el asegurado haya alcanzado la fase terminal, después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se les reembolsarán a él(ella) y a la persona acompañante —si la hubiera— los gastos de regreso al lugar de residencia del asegurado.

7.1.9 En caso de fallecimiento, se reembolsarán los gastos del transporte a la residencia del fallecido y de las imposiciones legales, tales como embalsamamiento y ataúd de cinc. Los parientes más próximos tendrán las siguientes opciones:

a) incineración del fallecido y transporte de la urna a su país de residencia, o

b) transporte del fallecido a su país de residencia.

7.1.10 La compañía no será responsable por retrasos ni restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por las autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones ajenas a la compañía.

ART. 8 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

8.1 El seguro no cubrirá los gastos médicos relacionados con una enfermedad o lesión ya conocida por el titular del seguro y/o por el asegurado al momento de solicitar el seguro, a menos que ello haya sido aprobado de antemano por la compañía.

8.2 Además, la compañía no será responsable del reembolso de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de:

a) toda cirugía y tratamiento estéticos, a no ser que hayan sido médicamente prescritos y aprobados por la compañía;

b) operaciones por obesidad;

c) enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo). Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el SIDA y los anticuerpos VIH (seropositivo) estarán cubiertas cuando hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio de la cobertura, o en el caso de un accidente ocurrido bajo el transcurso de cualquiera de las siguientes profesiones solamente: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, asistentes médicos o dentales, personal de ambulancia, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El asegurado deberá informar a la compañía sobre dicho accidente antes de que transcurran catorce (14) días, y proporcionar el resultado de un examen de anticuerpos VIH negativo;

d) abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;

e) lesión física que uno se infiera intencionadamente;

f) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;

g) aborto provocado a no ser que sea prescrito por un médico;

h) todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales, inseminaciones o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello. Para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad y/o nacidos de una madre sustituta, siempre se deberá presentar una solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Art. 1;

i) tratamientos de disfunción sexual;

j) cualquier forma de tratamiento experimental o que no esté identificado en la etiqueta del medicamento (no aprobado por la FDA), o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estadías o tratamientos en establecimientos para cuidados de larga duración, balnearios, clínicas de reposo e instituciones similares;

k) tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos, y otros métodos de tratamiento alternativo, a no ser que éstos estén especificados en la Tabla de beneficios; así como tratamientos mentales en ingreso, cuyo único propósito sean procedimientos llevados a cabo por psicólogos;

l) emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para viaje o empleo;

m) tratamiento por enfermedades durante la prestación del servicio militar;

n) tratamiento por lesiones o enfermedades causadas directa o indirectamente durante la participación activa en: guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas (con o sin declaración de guerra);

o) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;

p) tratamiento realizado por el(la) cónyuge, el padre o la madre, un(a) hermano(a) o hijo(a) de cualquier asegurado bajo esta póliza, o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a o vinculada con cualquiera de las personas antes citadas;

q) tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica;

r) tratamientos realizados por psicólogos, al menos que se especifique en su Tabla de Beneficios;

s) medicamentos suministrados mediante inyección o de otra manera, artículos médicos y equipos auxiliares, tales como yeso y muletas, que no hayan sido suministrados durante una hospitalización a no ser que estén especificados en la Tabla de beneficios;

t) hospitalización cuyo único propósito sea la administración de medicamentos, el tratamiento por parte de un terapeuta o de un profesional en prácticas médicas alternativas, o cualquier otro tratamiento que bien hubiera podido ser llevado a cabo de forma ambulatoria;

u) cuidados personales, excepto que se especifique en la Tabla de Beneficios.

ART. 9 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

9.1 Se deberá enviar a la compañía un formulario de solicitud de reembolso debidamente rellenado para cada una de las reclamaciones. Dicho formulario deberá ser rellenado y firmado por el médico tratante e ir acompañado de las facturas oficiales, originales y especificadas, y de los recibos por concepto del tratamiento efectuado. Las facturas y los recibos deben estar denominados en la moneda del país donde el tratamiento haya tenido lugar.

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.

9.2 La solicitud de reembolso deberá enviarse a la compañía a más tardar ciento ochenta (180) días después del incidente cubierto por el seguro.

9.2.1 Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la compañía deberá serle notificada en el término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe de la compensación.

9.2.2 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.

9.3 Toda hospitalización deberá serle comunicada de inmediato a la compañía, indicando el diagnóstico establecido por el médico. Toda notificación deberá realizarse por teléfono, fax o e-mail. La compañía reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

9.3.1 Todo servicio de admisión de día o tratamiento en ingreso u hospitalización, que tenga lugar dentro de la red de proveedores de la compañía en los Estados Unidos, deberá ser preaprobado por la compañía misma. En caso de que una preaprobación así no le fuera solicitada, los gastos sólo serán reembolsables de acuerdo con las tarifas máximas indicadas en la Tabla de beneficios vigente para tratamientos fuera de la red. Si debido a una emergencia, el asegurado no tiene la posibilidad razonable de ponerse en contacto con la compañía para obtener dicha preaprobación, el asegurado estará en la obligación de informarle sobre cualquier admisión hospitalaria dentro de un plazo no mayor a setenta y dos (72) horas.

9.3.2 Si durante la fase aprobatoria se hace evidente que la red de proveedores de la compañía en los Estados Unidos no puede ofrecer el tratamiento necesario, la compañía reembolsará los gastos como si el tratamiento hubiera sido realizado dentro de la red de proveedores.

ART. 10 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

10.1 En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, ello deberá ser declarado ante la compañía al solicitar un reembolso.

10.2 Bajo estas circunstancias, la compañía coordinará los pagos con otras compañías y no será responsable de liquidar un importe mayor al proporcional.

10.3 Si los gastos son cubiertos en su totalidad o parcialmente bajo otro plan o programa financiado por un gobierno, la compañía no será responsable del importe cubierto.

10.4 El titular del seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la compañía y a notificarle inmediatamente cualquier reclamación o derecho contra terceras partes.

10.5 Así mismo, el titular del seguro y cualquier otra persona asegurada mantendrán a la compañía informada, y tomarán las medidas correspondientes para reclamar ante terceras partes y salvaguardar los intereses de la compañía.

10.6 La aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del asegurado a quien ha pagado una reclamación, cuando el asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

ART. 11 PAGO DE LA PRIMA

11.1 Las primas serán determinadas por la compañía, y deberán pagarse por adelantado. La compañía ajustará las primas una vez al año, a la fecha de aniversario de la póliza, con base en los cambios del año calendario anterior en las coberturas y/o en la evolución de reclamaciones de la clase de seguro que corresponda.

11.2 La prima es calculada según la edad del asegurado y será ajustada en la siguiente fecha de aniversario después del cumpleaños del asegurado.

11.2.1 En el caso de un menor de edad que cumple diez (10) años, una prima proporcional será cobrada en la fecha de vencimiento previa a la fecha en la que el menor cumpla los diez (10) años.

11.3 La prima inicial será pagadera a la fecha de inicio de la póliza. El titular del seguro podrá elegir entre pagos trimestrales, semestrales o anuales.

11.4 Los cambios del término de pago podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.

11.5 Se concederá un plazo extraordinario de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima.

11.6 El titular del seguro será responsable del pago puntual a la compañía, y si la prima no es recibida dentro del plazo de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, cesará toda responsabilidad por parte de la compañía.

11.7 En caso de fallecimiento de un titular de seguro que también se encuentre asegurado bajo la póliza, ésta podrá ser exonerada de prima por un período de doce (12) meses desde la próxima fecha de vencimiento de la misma. La muerte deberá haber sido causada por una condición médica que hubiera sido cubierta por el seguro, si el titular de seguro hubiera sobrevivido. La exoneración será válida únicamente para el(la) cónyuge o pareja y sus hijos menores de veinticuatro (24) años que permanezcan asegurados bajo la póliza existente; y cesará automáticamente en caso de que el(la) cónyuge o pareja sobreviviente contraiga matrimonio. La exoneración no abarca ninguno de los seguros suplementarios.

11.8 Por favor consulte la información en el Art. 6.5 sobre el pago de importes pendientes.

11.9 Dependiendo de su país de residencia y el tipo de póliza que haya adquirido, puede ser que el pago de la prima esté sujeto al pago de impuestos u otros cargos, los cuales podrán ser cobrados e incluidos como parte del total facturado por concepto de prima.

ART. 12 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA

12.1 El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicarle por escrito a la compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cambios cualesquiera en la cobertura de seguro médico con otra compañía, cualquier compañía afiliada, inclusive. Si el titular del seguro y/o el asegurado cambian su dirección a una zona con tarifas de prima distintas, la prima vigente para esta nueva zona entrará en vigor a partir de la próxima fecha de aniversario. Así mismo, deberá notificarse la defunción del titular de seguro y/o de un asegurado. La compañía no será responsable de las consecuencias, en caso de que el titular del seguro y/o los asegurados hayan omitido notificarle a la compañía tales sucesos.

12.2 El asegurado también estará obligado a proporcionar a la compañía todas las informaciones asequibles y necesarias para el trámite de las reclamaciones presentadas por el asegurado.

12.3 Así mismo, la compañía se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc, que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La compañía, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

ART. 13 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE

13.1 Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.

13.2 El seguro será renovado automáticamente a cada fecha de aniversario de la póliza.

13.2.1 El seguro podrá ser cancelado por el titular del seguro con efectividad a partir de la fecha de aniversario de la póliza, previo aviso por escrito de tres (3) meses. El seguro deberá haber permanecido vigente durante doce (12) meses, como mínimo.

13.3 En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al momento de la suscripción del seguro o posteriormente, hayan alterado documentos originales de modo fraudulento, o hayan presentado información incorrecta a la compañía, o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la misma, el contrato de seguro quedará nulo y sin efecto para ella.

13.4 En caso de que al suscribir el seguro o posteriormente el titular del seguro y/o cualquiera de los asegurados hubiesen dado informaciones incorrectas, el contrato de seguro se considerará nulo, y la compañía quedará exenta de responsabilidad, si de haberse dado las informaciones correctas ésta no hubiera aceptado el seguro. Si la compañía hubiera aceptado el seguro, pero bajo condiciones especiales, la compañía será responsable en la medida en que ésta se hubiera comprometido en conformidad con la prima convenida.

13.4.1 En caso de que el contrato de seguro sea considerado como nulo, conforme a los Arts. 13.3 y 13.4, la compañía tendrá derecho a honorarios de servicio equivalentes a un cierto porcentaje de la prima devengada.

13.5 En caso de que al suscribir el seguro ni el titular del seguro ni cualquiera de los asegurados supieran o hubieran sabido que la información dada era incorrecta, la compañía será responsable como si la información incorrecta no hubiera sido dada.

13.6 La compañía podrá detener o suspender un producto de seguro, con previo aviso de tres (3) meses antes del aniversario de la póliza, ofreciéndole al asegurado una cobertura de seguro equivalente.

13.7 La responsabilidad de la compañía terminará automáticamente al finalizar el período del seguro, incluyendo la responsabilidad por cualquier tratamiento en curso, daños consecuentes, y efectos secundarios de una lesión o enfermedad ocurrida durante el período del seguro. Por consiguiente, al expirar la cobertura del seguro, el derecho a compensación se dará por terminado, incluyendo el derecho a compensación por reclamos presentados después de seis (6) meses de la fecha de expiración de la cobertura del seguro.

ART. 14 QUEJAS

14.1 En caso de no haber podido satisfacer sus expectativas, contamos con un proceso sencillo para garantizar que sus inquietudes se resuelvan de la manera más rápida y eficiente posible. Si tiene algún comentario o queja, puede contactar al departamento de servicio al cliente de Bupa a través de Mi Bupa, www.bupasalud.com/MiBupa, o llamando al +1 (305) 398 7400. En el caso de que no hayamos podido resolver el problema, y usted desee elevar su queja al siguiente nivel de autoridad, por favor comuníquese con nuestro gerente de quejas al +1 (305) 398 7400.

14.2 En muy raras ocasiones no podemos resolver alguna queja. Cuando esto sucede, usted tiene derecho de remitir su queja a una organización independiente para evaluación. Dicha organización dependerá del carácter de la queja y de la ubicación de la oficina de Bupa donde se originó la causa de la queja. Nosotros le proporcionaremos esa información cuando usted lo necesite. En la mayoría de los casos, esta podrá ser el Consejo de Quejas de Seguros de Dinamarca o el Servicio del Intermediario Financiero del Reino Unido.

Si desea más información sobre el Consejo de Quejas de Seguros de Dinamarca, usted puede escribirles a Anker Heegaards Gade 2, DK-1572 Copenhague V, Dinamarca, llamarles por teléfono al +45 (0) 33 15 89 00, o visitar su sitio web en www.ankeforsikring.dk. Si desea más información sobre el Servicio del Intermediario Financiero del Reino Unido, usted puede escribir a South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9JR, Reino Unido, llamar por teléfono al +0845 080 1800 ó +44 (0) 20 7964 1000, o en www.financial-ombudsman.org.uk. Por favor déjenos saber si desea obtener una copia completa de nuestros procedimientos para procesar quejas. Ninguno de estos procedimientos afectan sus derechos legales.

ART. 15 CONFIDENCIALIDAD

15.1 La confidencialidad de la información sobre pacientes y clientes es de vital importancia para las empresas del grupo Bupa. Con ese fin, la compañía cumple plenamente con las leyes para la protección de datos y reglamentos de confidencialidad de la información médica. En algunas ocasiones, la compañía utiliza los servicios de terceros para procesar datos en nombre nuestro. Este proceso puede llevarse a cabo fuera del Área Económica Europea (EEA, por sus siglas en inglés), y está sujeto a restricciones contractuales con respecto a confidencialidad y seguridad, además de las obligaciones impuestas por la ley para la protección de datos del Reino Unido.

ART. 16 LEY PERTINENTE

16.1 Su póliza de seguro está regida por las leyes de Dinamarca. Cualquier disputa que no pueda resolverse de otro modo, será resuelta a través de los tribunales en Dinamarca. En caso de surgir alguna disputa con respecto a la interpretación de este documento, la versión del mismo en inglés se considerará de carácter concluyente, y prevalecerá sobre cualquier versión de este documento en otro idioma. Usted puede obtener una copia de este documento en inglés en cualquier momento, llamando a nuestro departamento de servicio al cliente al +1 (305) 270 3944.

GLOSARIO

ACCIDENTE: Evento desafortunado que ocurre de forma imprevista y súbita, provocado por una causa externa, siempre sin la intención de causarlo por parte del asegurado, el cual provoca lesiones o trauma y requiere atención médica ambulatoria u hospitalización del paciente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la aseguradora, y la compensación será determinada de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza.

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 más de veintitrés (23) horas 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.

ADMISIÓN DE DÍA: Tratamiento en clínica u hospital –donde por cuestiones médicas– el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor a veinticuatro (24) horas.

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.

AMÉRICA LATINA: Los países situados al sur de los Estados Unidos: América del Sur, América Central y el Caribe, excepto México.

ASEGURADO: El titular del seguro y/o todas las demás personas aseguradas tal como aparecen indicadas en la póliza de seguro válida.

CIRUGÍA: Tratamiento o intervención quirúrgica, que no incluye exámenes endoscópicos o tomografías, aún cuando los mismos puedan requerir anestesia.

COASEGURO: El porcentaje de los gastos médicos que el asegurado debe pagar, en caso de ser hospitalizado en los Estados Unidos.

COMPAÑÍA: Bupa Insurance Limited, una compañía registrada en Inglaterra bajo el No. 3956433, con domicilio en 1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, United Kingdom.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: El historial médico, incluyendo las enfermedades y las condiciones indicadas en la declaración de salud, las cuales pueden afectar la decisión de la compañía de asegurar o no al solicitante o de imponer condiciones especiales sobre su cobertura.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA: Condiciones y términos del seguro adquirido.

CONDICIONES ESPECIALES: Las restricciones, limitaciones y condiciones aplicadas a nuestras condiciones generales, tal como se especifican en la póliza de seguro.

CONDICIONES GENERALES: Las condiciones del seguro de la compañía, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

CUIDADOS PERSONALES: Ayuda con actividades de la vida diaria que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADOS TERMINALES: Cuidados recibidos por el asegurado una vez declarada la fase terminal de su condición médica; cuidado físico, psicológico y social, inclusive, así como la acomodación del asegurado en una cama, la atención por parte de una enfermera y los medicamentos que le sean prescritos. Estos servicios deberán ser preaprobados por la compañía.

DEDUCIBLE: La suma total de dinero indicada en la póliza de seguro y que el titular del seguro está de acuerdo en pagar por cada año póliza antes de ser compensado por la compañía.

DOCUMENTOS: Cualquier información escrita y relacionada con el seguro, incluyendo facturas originales, pólizas de seguro y otros.

ENFERMEDAD GRAVE Y AGUDA: Una enfermedad grave y aguda requiere la hospitalización inmediata del paciente por veinticuatro (24) horas o más dentro de las primeras horas posteriores a la manifestación de la enfermedad para evitar la pérdida de la vida o la integridad física. Se determinará que una enfermedad califica como grave y aguda de común acuerdo entre el médico tratante y los consultores médicos de la compañía luego de revisar las notas del departamento de clasificación de emergencias, y los reportes clínicos de la sala de emergencias y los documentos de ingreso al hospital.

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.

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 y/o el Reino Unido, 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.

FAMILIA: La madre y/o el padre y sus hijos menores de veinticuatro (24) años. Aquellos hijos que hayan alcanzado los veinticuatro (24) años de edad obtendrán, para entonces, una póliza por separado.

FASE TERMINAL: Cuando la probabilidad de que el acontecimiento de la muerte se produzca es muy alta, y se ha descartado médicamente la terapia activa en favor del alivio de los síntomas y el apoyo al paciente y a su familia. Esta decisión debe ser confirmada por los consultores médicos de la compañía.

FECHA DE ANIVERSARIO: Renovación del seguro que tiene lugar doce (12) meses a partir de la fecha del inicio de la póliza y la misma fecha cada año.

FECHA DE INICIO: Fecha indicada en la póliza de seguro como fecha de comienzo del seguro, a menos que se especifique lo contrario en las Condiciones de la póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA: Fecha en la cual debe pagarse la prima.

FUERA DE LA RED: Todo tratamiento susceptible de cobertura que tiene lugar en los Estados Unidos, utilizando proveedores ajenos a la red de proveedores de la compañía. Cuando un tratamiento sea llevado a cabo fuera de dicha red, éste será reembolsable de acuerdo con la Tabla de beneficios y una vez sean descontados el deducible y el coaseguro del caso.

LESIÓN GRAVE: Una lesión grave requiere la hospitalización inmediata del paciente por veinticuatro (24) horas o más dentro de las primeras horas posteriores a que se ha producido la lesión para evitar la pérdida de la vida o la integridad física. Se determinará que una lesión califica como grave de común acuerdo entre el médico tratante y los consultores médicos de la compañía luego de revisar las notas del departamento de clasificación de emergencias, y los reportes clínicos de la sala de emergencias y los documentos de ingreso al hospital.

NOSOTROS/NUESTRO(A): Bupa Insurance Limited o USA Medical Services actuando en nombre de Bupa Insurance Limited.

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: Período de tiempo, a partir de la fecha de inicio de la póliza, donde el seguro no cubre; a excepción de lo especificado en el Art. 3.

PÓLIZA DE SEGURO: Documento que especifica y detalla el tipo de seguro adquirido, la prima anual, el deducible y las condiciones especiales.

RECLAMACIÓN: La demanda económica cubierta parcial o totalmente por el seguro. Durante la evaluación y la decisión sobre el reembolso, es determinante para la compañía cuándo tuvo lugar el tratamiento; y no el momento en que ocurrió la lesión o enfermedad.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad. El reconocimiento médico de rutina pediátrico aplica a los dependientes asegurados desde los doce (12) meses hasta los diecisiete (17) años; el reconocimiento médico de rutina para adultos aplican a los asegurados de dieciocho (18) años en adelante.

RED DE PROVEEDORES: Red conformada por proveedores con los que la compañía tiene acuerdos de servicio en los Estados Unidos, la cual consiste de clínicas, hospitales y médicos. Si un tratamiento durante el día o una hospitalización cubierta se lleva a cabo dentro de la red de proveedores de la compañía, será reembolsable al cien por ciento (100%) luego de aplicar deducible y coaseguro. La información sobre la red de proveedores está disponible poniéndose en contacto con la compañía o visitando www.bupalatinamerica.com.

REHABILITACIÓN: Terapia de rehabilitación prescrita por un médico y realizada en un centro de rehabilitación autorizado después de una hospitalización.

REHABILITACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: Tratamiento cuyo propósito es la recuperación de la salud física y/o de la aptitud motora del asegurado; y que tiene lugar durante su hospitalización o bien amerita su ingreso en un centro de rehabilitación autorizado después de una hospitalización causada por enfermedad o accidente serios.

RENOVACIÓN: Renovación automática del seguro a partir de la fecha de aniversario.

SEGURO: Condiciones de la póliza y póliza de seguro que representan el contrato con la compañía, y donde se indican los términos del seguro, la prima a pagar, el deducible y las tarifas de reembolso.

SOLICITANTE: La persona indicada en el formulario de solicitud y en la declaración de salud como solicitante del seguro.

SOLICITUD: El formulario de solicitud y la declaración de salud.

SUBROGACIÓN: Derecho que tiene la compañía de proceder, en nombre del asegurado, contra terceras partes, así como el derecho por parte de la compañía de requerir el pago al asegurado si éste recuperara los gastos de terceras partes.

TARIFAS DE REEMBOLSO: Las cantidades máximas que serán pagadas a manera de reembolsos de gastos médicos durante un año, desde la fecha de inicio o desde cada fecha de aniversario, según se detallan en las Condiciones de la póliza.

TITULAR DEL SEGURO: Persona identificada como titular del seguro en el formulario de solicitud.

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 EN INGRESO U HOSPITALIZACIÓN: Cirugía o tratamiento médico en clínica u hospital, realizados durante una admisión hospitalaria y por los cuales es necesario ocupar una cama durante la noche.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la compañía 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.

DIRECCIONES EUROPEAS

Bupa International
Russell House, Russell Mews, Brighton BN1 2NR, Reino Unido

Bupa Chipre
3 Ioannis Polemis Street, PO Box 51160, 3502 Limassol, Chipre

Bupa Denmark, sucursal de Bupa Insurance Limited, Inglaterra
Palaegade, DK-1261, Copenhague K, Dinamarca

Bupa Francia
Nice Etoile 30, Avenue Jean Médecin, F-06000, Nice, Francia

Bupa Malta
120 The Strand, Gzira, Malta

Bupa España
Edif. Santa Rosa 1 D, C/. Santa Rosa 20, Los Boliches, E-29640 Fuengirola (Málaga) España

Bupa Global es el nombre comercial de Bupa Insurance Limited y Bupa Insurance Limited y Bupa Services Limited Bupa 1 court. Londres, EC2R 7HJ

Bupa Global es un nombre comercial de Bupa Insurance Limited y Bupa Insurance Services Limited, registradas en Inglaterra y Gales en el Registro Mercantil con los números 3956433 y 3829851, respectivamente. Las oficinas se encuentran en 1 Court, Londres EC2R 7HJ. I-JK. Bupa Insurance Limited está autorizada por la Prudential Regulation Authority y regulada por la Financial Conduct Authority y la Prudential Regulation Authority. Bupa Insurance Services Limited está autorizada y regulada por la Financial Conduct Authority. Los números de Registro Financiero de Bupa Insurance Limited y Bupa Insurance Services Limited son 203332 y 312526 respectivamente.

Administración:
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

BINS_MG_P1G_ESP_V27.01