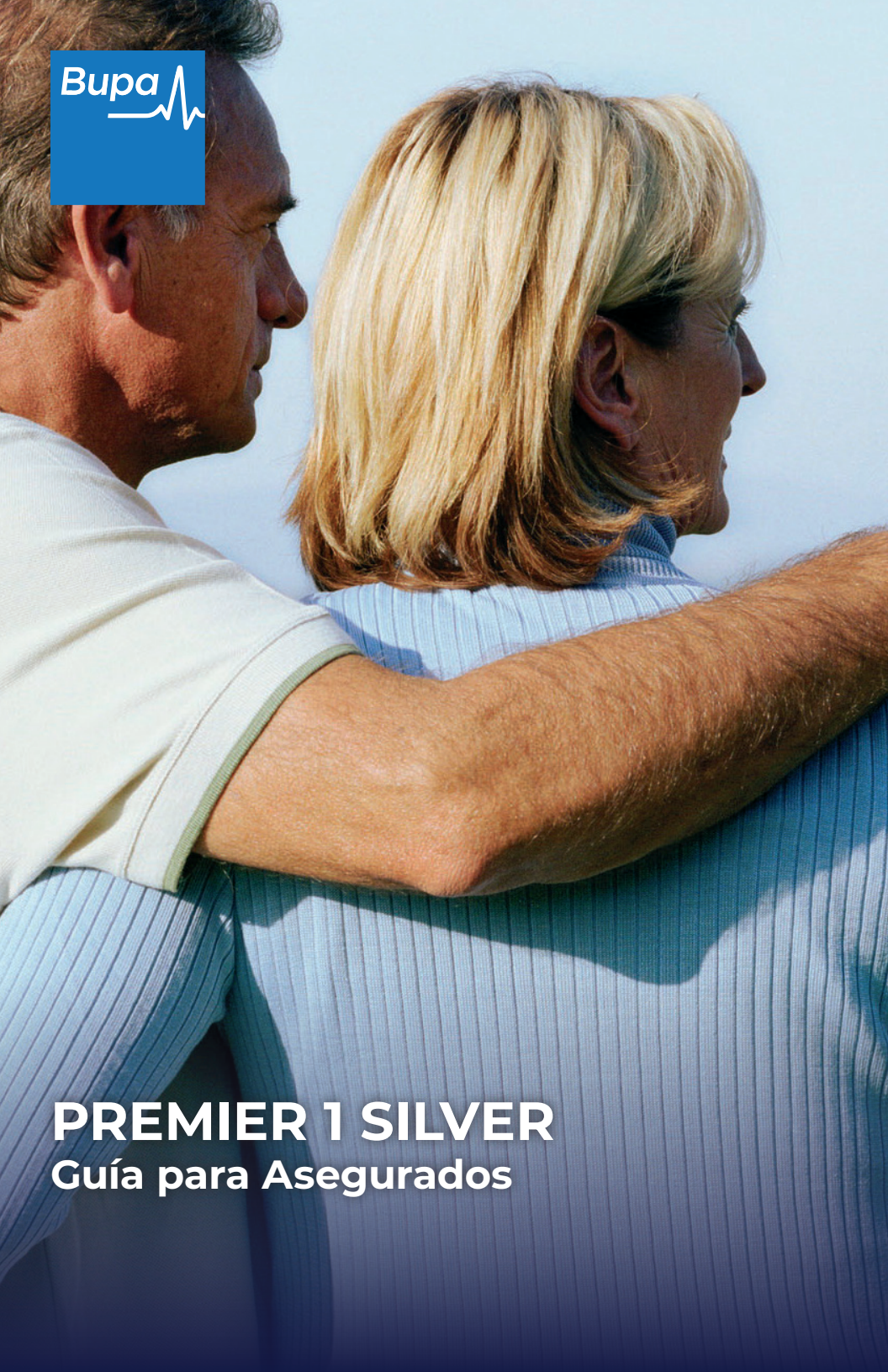

PREMIER 1 SILVER

Guía para Asegurados

CONTENIDO

SU SALUD ANTE TODO 2
- Su cobertura 3
- Por qué optar por Premier 1 Silver 5
- Administre su póliza en línea 6
- USA Medical Services 7
- Para contactarnos 8

SU REEMBOLSO 10
TABLA DE BENEFICIOS 12
CONDICIONES DE LA PÓLIZA 16
GLOSARIO 26

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 Silver le ofrece cobertura para servicios hospitalarios, cirugías ambulatorias, partos y tratamientos ambulatorios.

El seguro también cubre los gastos por transporte en ambulancia aérea de emergencia al hospital apropiado más cercano cuando una enfermedad o lesión seria no puede ser tratada localmente.

Si vive en o viaja a áreas remotas y desea aumentar su cobertura de servicios de ambulancia aérea, usted puede adquirir el Suplemento de Ambulancia Aérea.

Por favor consulte la Tabla de beneficios y las Condiciones de la póliza para obtener más información sobre la cobertura.

Si no encuentra la cobertura que ncesita con Premier 1 Silver, por favor comuníquese con nosotros o con uno de nuestros representantes para obtener información sobre nuestra exclusiva línea de productos.

CANTIDAD ASEGURADA

La cantidad asegurada anual para Premier 1 Silver es de US$250,000 por persona, por año póliza, sin límite máximo de por vida. La cantidad asegurada es renovada cada año póliza, independientemente de la cantidad de reclamaciones que se hayan presentado.

ELECCIÓN DE DEDUCIBLE

Se aplica sólo un deducible por persona y por año póliza para todos los servicios. El monto de la prima está determinado por el deducible elegido; cuanto más alto sea el deducible, más baja será la prima.

Usted puede escoger entre los siguientes deducibles (en US$):

Deducibles US$			
1,000	2,500	5,000	10,000

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

COASEGURO

El coaseguro es la parte de los gastos médicos que usted debe pagar por cada hospitalización en los Estados Unidos y Canadá. 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.

POR QUÉ OPTAR POR PREMIER1SILVER

El concepto único de Bupa está bajo continua innovación para acomodarlo a los sofisticados requerimientos de nuestros clientes, quienes viven, trabajan y viajan en una atmósfera internacional.

En tanto que mantenemos nuestra administración simple y sin complicaciones, nuestros planes médicos son altamente flexibles, y recogen todos los beneficios que usted podría esperar del mejor plan de seguro médico internacional. Nuestra mayor prioridad es la de mantener satisfechos a nuestros clientes, para que puedan sentirse seguros, cualquiera que sea la situación.

GARANTÍA DE POR VIDA

Personas de todas las nacionalidades, que no hayan alcanzado los 75 años de edad, podrán solicitar el seguro; una vez aceptada su solicitud, la renovación de su póliza está garantizada de por vida, sin importar que su estado de salud pudiera cambiar. Aún si usted desarrollara una condición crónica, su cobertura continuará sin cambio alguno.

COBERTURA MUNDIAL

Usted se encuentrará cubierto en cualquier lugar del mundo, y no existen límites de tiempo para su permanencia en el extranjero, ya sea que viaje por negocios o vacaciones, o si usted reside en varios países.

LIBERTAD DE ELECCIÓN

Debido a que nuestros planes son verdaderamente internacionales, usted puede escoger el recibir tratamiento en cualquier lugar del mundo. Usted elige el hospital, clínica, médico o especialista que desee consultar. Nosotros no limitamos su elección con red alguna, pero, si lo desea, podemos aconsejarle acerca de los sitios de tratamiento apropiados para enfermedades específicas, o proveerle los nombres de los hospitales y los especialistas que generalmente se recomiendan.

OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

Sea cual sea su trabajo o dondequiera que éste le lleve, usted permanecerá cubierto. No existen restricciones con respecto a sus aficiones o al tipo de deportes que usted practica, aún a nivel profesional.

CONDICIONES PREEXISTENTES

Usted podrá obtener cobertura a pesar de tener condiciones preexistentes, probablemente con un recargo de prima o una exclusión. Nuestro personal médico evaluará si el seguro puede cubrir determinada condición. En raras ocasiones, un historial médico previo puede dar lugar a que la solicitud sea denegada.

NIÑOS

Los niños nacidos de maternidades cubiertas serán incluidos automáticamente en la póliza de sus padres, sin importar su estado de salud al nacer: aún condiciones congénitas y hereditarias estarán cubiertas. Al alcanzar la mayoría de edad, cada hijo tendrá la oportunidad de continuar con el seguro en una póliza por separado, exactamente bajo las mismas condiciones y sin tener que someterse a una nueva evaluación médica.

SU TARJETA DE SEGURO

Cada persona asegurada recibirá una tarjeta de identificación personal. Usted deberá llevar siempre consigo esta tarjeta, ya que le sirve como comprobante del seguro médico ante el hospital, y puede prevenir cualquier inconveniente con el pago.

Al dorso de la tarjeta, encontrará el número de teléfono de nuestro Servicio de Emergencia de 24 horas, así como otras opciones para contactarnos.

¡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 o Canadá, 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.

Por favor consulte las Condiciones de la póliza para más detalles sobre los beneficios cubiertos las condiciones que aplican a su seguro.

PERÍODO DE ESPERA

Como regla general, se aplica un período de espera de cuatro semanas a partir de la fecha efectiva para que la cobertura entre en vigor. Sin embargo, existen las siguientes excepciones:

- Si transfiere su seguro de otro plan médico internacional equivalente directamente a Bupa, nos e aplica el período de espera de cuatro semanas.
- En caso de enfermedades o lesiones graves y agudas, usted está cubierto inmediatamente.
- El período de espera para embarazo, maternidad y parto es de 10 meses.

HOSPITALIZACIÓN

Usted, su familia, su médico o el hospital deberán notificarnos de inmediato en caso de una hospitalización. La compañía deberá recibir un informe médico que incluya las fechas del primer síntoma y de la admisión, así como la fecha de alta prevista, el diagnóstico y el tratamiento indicados.

Cuando recibimos notificación por anticipado, enviamos una garantía de pago al hospital, de acuerdo con la cobertura que usted haya elegido. Así, las facturas serán pagadas directamente al hospital, y usted podrá concentrarse completamente en su recuperación.

Gracias a nuestra experiencia trabajando con hospitales, sabemos qué se necesita antes de una hospitalización. También podemos ayudarle con el proceso de admisión para hospitalizaciones que no sean de emergencia.

OTROS TRATAMIENTOS

Los tratamientos no hospitalarios, como consultas y exámenes médicos, deben ser pagados por el asegurado y luego solicitar el reembolso.

Las facturas originales y detalladas, indicando el diagnóstico y el número de póliza, y acompañadas del recibo de pago correspondiente, deberán ser enviadas a la compañía junto con el formulario de solicitud de reembolso, debidamente completado. Al recibir esta información, procederemos con el reembolso que será efectuado en dólares de los Estados Unidos de América (US$).

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$250,000

Beneficios y limitaciones por hospitalización	
Habitación privada o semiprivada, por día (máx. 240 días consecutivos)	US$325
Habitación en cuidados intensivos, por día (máx. 180 días consecutivos)	US$1,000
Cirugía	100%
Anestesia	100%
Tratamiento médico, análisis de laboratorio, radiografías	100%
Tratamiento con medicamentos durante la hospitalización	100%
Tratamiento del cáncer con quimioterapia y radioterapia	100%
Tratamiento de diálisis por insuficiencia renal	100%
Prótesis, aparatos y dispositivos ortóticos médicamente necesarios e implantados durante cirugía	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$150,000
Tratamiento dental de emergencia debido a un accidente serio que requiera hospitalización En caso de duda, el consultor odontológico de la compañía tomará la decisión.	100%

Beneficios y limitaciones por embarazo, maternidad y parto	
Parto normal y por cesárea electiva, todo incluido	US$2,250
Parto por cesárea médicamente prescrita	US$4,000
Estos beneficios están sujetos a deducible. No aplica coaseguro. Se aplica un período de espera de 10 meses antes de que los beneficios por embarazo, maternidad y parto sean reembolsables. El tratamiento pre-natal, incluyendo vitaminas para el embarazo, y examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), y tratamiento postnatal se reembolsará según los límites por beneficios ambulatorios. Los partos que sean consecuencia de un tratamiento de fertilidad serán reembolsados de acuerdo con las tarifas de reembolso por parto normal y cesárea electiva.	

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio en hospital o clínica	
Cirugía ambulatoria	100%
Un día de examen prequirúrgico relacionado con una cirugía programada	100%
Tratamiento en sala de emergencias debido a un accidente serio o enfermedad grave y aguda	100%
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%
Tratamiento del cáncer con quimioterapia y radioterapia	100%
Diálisis	100%
Brazos y piernas artificiales (máximo por vida US$120,000)	US$30,000

Beneficios y limitaciones por rehabilitación	
Rehabilitación médicamente prescrita en un centro autorizado de rehabilitación, relacionada con una hospitalización por enfermedad grave y aguda o accidente serio, todo incluido, máx. por día, máx. 30 días por incidente. Debe ser preaprobada por la compañía.	US$275

Beneficios y limitaciones por enfermera en el hogar	
Servicios de enfermera certificada en el hogar, médicamente prescritos después de una hospitalización por enfermedad grave y aguda o accidente serio, todo incluido, máx. por día, máx. 30 días por incidente. Debe ser preaprobado por la compañía.	US$100

Beneficios y limitaciones por otros tratamientos ambulatorios	
Consultas médicas, máx. por consulta Consultas con especialista, máx. por consulta Intervención quirúrgica durante la consulta Máx. 30 consultas con médicos o especialistas por año póliza.	US$50 US$50 US$400
Ecocardiografía, ultrasonido, etc., máx. por examen	US$350
Tomografía IRM, máx. por examen	US$375
Tomografía TAC, máx. por examen	US$400
Endoscopia (gastroscopia, colonoscopia, cistoscopia) máx. por examen	US$375
Radiografías, máx. por examen	US$200
Exámenes de laboratorio, máx. por examen	US$150
Vacunas (médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación) ○ No aplica deducible ○ Sujeto a 20% de coaseguro	US$150

Beneficios y limitaciones por ambulancia terrestre	
Transporte de emergencia al hospital	US$700
Beneficios y limitaciones por ambulancia aérea	
Servicio de transporte de emergencia por ambulancia aérea, máx. por persona, por año póliza Incluye: ○ 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 ○ Gastos por el transporte de un familiar o amigo que acompañe al paciente durante la evacuación médica ○ 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 Los servicios de ambulancia aérea deben ser preaprobados por la compañía.	US$15,000

Suplemento para ambulancia aérea (opción suplementaria no incluida automáticamente) - Solamente para asegurados que actualmente cuentan con la cobertura del Suplemento para ambulancia aérea	
Cobertura máx. por persona, por año póliza Incluye: • Servicios de transporte de emergencia por ambulancia aérea • Gastos de transporte del cónyuge del paciente • En caso de fallecimiento, transporte del fallecido incluyendo requerimientos legales, tales como embalsamamiento y ataúd de cinc Los servicios de ambulancia aérea deben ser preaprobados por la compañía.	US$50,000

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

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 de admisión 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 recurrente, ni lesión o debilidad física.

1.3.1 En caso de no cumplirse las condiciones del Art. 1.3, la compañía tiene la posibilidad de ofrecer el seguro bajo condiciones especiales. En caso de que la compañía decida ofrecer el seguro bajo condiciones especiales, 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 está indicada en los documentos de la póliza. La compañía podrá acordar 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 reembolso no entrará en vigor hasta cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio del seguro. Sin embargo, este no será el caso cuando el asegurado pueda probar la transferencia simultánea de un seguro equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.

3.1.1 El derecho de reembolso en caso de enfermedades graves y agudas, así como 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 de sus secuelas, el derecho de reembolso 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 a otro tipo de cobertura con efecto a partir del aniversario de la póliza, previo aviso por escrito con un (1) mes de antelación a la compañía y sujeto a prueba de asegurabilidad, conforme al Art. 1.

3.3 La compañía tramitará la extensión de la cobertura como una nueva solicitud, conforme al el Art. 1.

ART. 4 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO BAJO EL SEGURO

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

4.2 Deberá presentarse un formulario de solicitud por cada recién nacido.

4.2.1 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.

4.3 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 ofrece cobertura en todo el mundo, salvo cualquier excepción estipulada 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 el reembolso, una vez que la compañía haya aprobado que los gastos están cubiertos por el seguro y previa presentación de un formulario de solicitud de reembolso debidamente rellenado y acompañado de las facturas originales y detalladas, 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. Cada hospitalización en los Estados Unidos y Canadá 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 o especialistas tratantes deben tener una autorización oficial en el país donde ejercen su profesión. Además, el método debe aprobarse por las autoridades de sanidad pública del país de tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no se han aprobado por las autoridades de sanidad pública, pero que están bajo investigación científica, sólo serán cubiertos previa aprobación por los consultores médicos de la compañía.

6.5 En ningún caso, el importe de reembolso excederá al importe de la factura. Si el asegurado recibe un reembolso por parte de la compañía que exceda al importe que le corresponda, 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 entre el asegurado y la compañía.

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

6.7 Cualquier descuento que se haya negociado directamente entre la compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la compañía para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo este producto.

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 la compañía.

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.

ART. 7 AMBULANCIA AÉREA

7.1 La cobertura de ambulancia aérea estará también sujeta a las condiciones especiales que se citan a continuación:

7.1.1 La cobertura máxima del seguro de ambulancia aérea se estipula en la Tabla de beneficios.

7.1.2 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 hará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.

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 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 acompañando al asegurado.

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

7.1.6 La cobertura de ambulancia aérea será efectiva únicamente si la enfermedad o accidente está cubierto por el seguro.

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 que le acompañe al domicilio del asegurado. 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 de que el asegurado haya recibido tratamiento cubierto por el seguro, pero haya alcanzado la fase terminal, 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 La compañía no será responsable por retrasos ni de restricciones en relación al transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto u otras situaciones ajenas a la compañía.

7.2 La cobertura extendida de ambulancia aérea se podrá obtener únicamente como un suplemento de Premier 1 Silver.

7.3 En caso de que el asegurado sea hospitalizado en el exterior, se cubrirán los gastos incurridos por el (la) cónyuge por concepto de viaje aéreo de emergencia al lugar de la hospitalización.

7.3.1 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.

7.3.2 La cobertura incluye un viaje de regreso en clase económica durante la primera semana de la hospitalización.

7.3.3 Los gastos serán compensados solamente bajo el Suplemento de Ambulancia Aérea.

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 a la hora de solicitar el seguro, a menos que 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) todo tratamiento y cirugía estética, 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 exámen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyendo los gastos de embarazo, tratamientos pre y postnatales del niño (de los niños) recién nacido(s). Por consiguiente, para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad, siempre se deberá presentar un Formulario de Solicitud de admisión y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Art. 1;

i) tratamiento 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) tratamiento por médicos naturistas u homeópatas y medicamentos naturistas u homeopáticos y otros métodos de tratamiento alternativo;

l) exámenes médicos rutinarios a no ser que estén especificados en la Tabla de beneficios, incluyendo inyecciones, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para empleo o viaje;

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

n) tratamiento por enfermedad o lesiones 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) tratamiento por psicólogo;

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 que bien hubiera podido ser llevado a cabo en forma ambulatoria;

u) cuidados personales.

ART. 9 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

9.1 Se deberá enviar a la compañía un formulario de solicitud de reembolso debidamente completado para cada una de las reclamaciones. Dicho formulario deberá ser completado 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 notificarse en un término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe de reembolso.

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 de comunicarse de inmediato a la compañía, y deberá indicarse 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.

ART. 10 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

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

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

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

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

10.5 Asimismo, 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, al aniversario de la póliza, con base en los cambios del año calendario anterior en las coberturas y/o a 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.

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

11.4 Los cambios del término de pago podrán efectuarse únicamente previo aviso por escrito presentado a más tardar treinta (30) días antes del 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 Por favor consulte la información en el Art. 6.5 sobre el pago de importes pendientes.

11.8 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 comunicar a la compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cambios en la cobertura de seguro médico con otra compañía, cualquier compañía afiliada, inclusive. Asimismo, deberá notificarse la defunción del titular del seguro 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 la notificación a la compañía de 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 Asimismo, la compañía se reservará el derecho de conseguir 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 se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza.

13.2.1 El seguro podrá ser cancelado por el titular del seguro con efectividad a partir de la fecha del aniversario de la póliza, previo aviso de tres (3) meses. El seguro deberá haber estado 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.

13.5 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 del seguro, con previo aviso de tres (3) meses a la fecha 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 reembolso se dará por terminado, incluyendo el derecho a reembolso 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 visitar su sitio web 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.

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.

AMBULATORIO: Cirugía o tratamiento médico en un hospital o una clínica, para la cual no es médicamente necesaria la ocupación de una cama.

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

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

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

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 a su cobertura.

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

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

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

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 de póliza antes de ser compensado por la compañía.

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

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: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

HOSPITALIZACIÓN: Cirugía o tratamiento médico en un hospital o en una clínica, médicamente prescrito y con un período de duración mayor a veinticuatro (24) horas.

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, prima anual, deducible y condiciones especiales.

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

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, prima a pagar, deducible y 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 recuperó los gastos de terceras partes.

TARIFAS DE REEMBOLSO: Las cantidades máximas que serán pagadas en forma de reembolso 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 contratante 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.

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_P1S_ESP_V27.01