

PREMIER CARE
Guía para Asegurados

CONTENIDO

SU SALUD ANTE TODO 2
- Más que una compañía de seguros .. 3
- Por qué optar por Premier Care 4
- Su cobertura 5
- Opciones suplementarias 6
- Administre su póliza en línea 7
- USA Medical Sevices 8
- Para contactarnos 9

SU REEMBOLSO 10
TABLA DE BENEFICIOS 12
CONDICIONES DE LA PÓLIZA 16
GLOSARIO 27

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.

MÁS QUE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Usted puede estar seguro de que independientemente de en dónde viva o trabaje, o a dónde viaje, usted y su familia cuentan con el mejor seguro de salud y con el apoyo que usted pueda necesitar.

BENEFICIOS

- Cobertura internacional con completa libertad de elección en cuanto a especialistas, hospitales, etc.
- Cobertura completa, sin importar cuál es su profesión o qué actividades recreativas o deportivas practique
- Cobertura completa de condiciones crónicas, si éstas han sido diagnosticadas después de la suscripción del seguro o si Bupa ha aceptado cubrirlas
- Cobertura de accidentes que ocurran como resultado de acciones terroristas
- Renovación de la póliza garantizada de por vida, independientemente de su edad o de su estado de salud.

SERVICIOS

- Servicio de emergencia de 24 horas multilingüe
- Consejos sobre la elección de hospitales y de especialistas en todo el mundo
- Acceso a los altamente calificados consultores médicos de Bupa para obtener consejos y segundas opiniones
- Acceso a una amplia serie de servicios online; por ejemplo, la posibilidad de administrar su póliza a través de nuestra página web

POR QUÉ OPTAR POR PREMIER CARE

Nuestras soluciones y consejos son reconocidos en todo el mundo: nosotros le damos prioridad a su salud.

Con un plan médico de Bupa, usted no necesita buscar la letra pequeña en las Condiciones de la póliza todos nuestros contratos están redactados de manera comprensible.

COBERTURA GEOGRÁFICA

Con Premier Care, usted estará protegido en América Latina y el Caribe, a excepción de México. Si viaja fuera de esta región geográfica, usted tiene la posibilidad de suscribir un plan de viaje complementario o uno de nuestros productos de cobertura mundial.

COBERTURA DE POR VIDA

Usted podrá obtener cobertura independientemente de la mayoría de problemas de salud que pueda haber sufrido antes de obtener el seguro. En caso de ser aceptado, todas las condiciones preexistentes conocidas al momento de ser aprobado el seguro, están excluidas de la cobertura. En raras ocasiones, un historial médico previo puede dar lugar a que la solicitud sea denegada.

Personas de todas las nacionalidades, residentes en América Latina y el Caribe (a excepción de México) y que no hayan alcanzado los 75 años de edad, podrán solicitar el seguro; una vez aceptada su 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.

SU COBERTURA

Premier Care es un seguro de amplia cobertura que incluye beneficios para servicios hospitalarios, partos, cirugías, y otros beneficios ambulatorios como consultas con especialistas y fisioterapeutas.

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

CANTIDAD ASEGURADA

El total de cobertura anual de Premier Care es de US$1,000,000, por persona, por año póliza. No hay un límite máximo de por vida, y la cantidad asegurada es renovable cada año póliza independientemente de la cantidad de reclamos que hayan sido presentados.

ELECCIÓN DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una serie de opciones de deducibles anuales para ayudarle a reducir el precio que usted paga por su cobertura. Usted puede escoger entre los siguientes deducibles (en US$): 500, 1,000, 2,500, 5,000 o 10,000 por año póliza. Se aplica sólo un deducible por persona y por año póliza para todos los servicios, con un máximo de dos deducibles por familia que se calcula con el total de los dos deducibles mayores de la póliza.

El monto de la prima está determinado por el deducible elegido; cuanto más alto sea el deducible, más baja será la prima.

En caso de accidente serio, no se tendrá en cuenta el deducible para el período de la primera hospitalización únicamente.

NIÑOS

Los niños nacidos de una maternidad cubierta serán incluidos automáticamente en la póliza de sus padres, sin importar su estado de salud al nacer, siempre y cuando ambos padres se encuentren cubiertos bajo la misma póliza y se envíe certificado de nacimiento a Bupa a más tardar tres meses después del nacimiento. Las condiciones congénitas también estarán cubiertas.

Los niños que nazcan antes de la fecha de inicio de la póliza o antes de que el padre y la madre asegurados tengan derecho a la cobertura de maternidad, tendrán que someterse al procedimiento de admisión habitual.

Para una descripción completa de la cobertura del plan Premier Care, por favor consulte la Tabla de beneficios y las Condiciones de la póliza.

OPCIONES SUPLEMENTARIAS

BUPA GLOBAL TRAVEL

Con Premier Care sus gastos médicos también están cubiertos cuando viaje fuera de su país de residencia. Sin embargo, al suscribir Bupa Global Travel, usted obtiene beneficios adicionales, tales como el viaje para un acompañante en caso de emergencia y repatriación si algún familiar enferma gravemente en su país de residencia. Además, no aplica deducible para Bupa Global Travel; es decir que los reembolsos de su plan de viajes contarán como parte del deducible anual de Premier Care. Si suscribe Bupa Global Travel como suplemento para Premier Care, recibirá un descuento sobre la prima de su seguro de viaje.

Las Condiciones de la póliza Bupa Global Travel aparecen descritas en un folleto 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.

¡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.

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

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.

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. La compañía le reembolsará los gastos relacionados con la notificación del ingreso (por ejemplo, su llamada a Bupa desde otro país).

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$).

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$1.0 millón
Beneficios y limitaciones por admisión por el día y tratamiento durante hospitalización	
Habitación privada o semiprivada (máx. 240 días consecutivos)	100%
Habitación en cuidados intensivos	100%
Gastos de habitación en el hospital para acompañante del paciente asegurado, por día	US$200
Cirugía	100%
Anestesia	100%
Tratamiento médico, análisis de laboratorio, radiografías	100%
Salud Mental durante la hospitalización (tratamiento psiquiátrico y/o psicológico producto de una condición cubierta). Deben ser pre-aprobados	90 visitas de por vida
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.	100%
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 tratamiento ambulatorio en hospital o clínica	
Cirugía ambulatoria	100%
Exámenes prequirúrgicos de preparación para anestesia con relación a una cirugía programada	100%
Tratamiento en sala de emergencias debido a un accidente serio o enfermedad grave y aguda	100%
Tratamiento del cáncer con quimioterapia y radioterapia	100%
Diálisis por insuficiencia renal	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$300
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$150

Beneficios y limitaciones por embarazo, maternidad y parto	
Parto normal , parto complicado y parto por cesárea El tratamiento pre-natal, incluyendo vitaminas para el embarazo, y examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), y tratamiento post-natal será reembolsado de acuerdo a las tarifas establecidas para beneficios por tratamiento ambulatorio.	100%
Parto como consecuencia de tratamiento de fertilidad El tratamiento pre y postnatal para embarazos que son consecuencia de un tratamiento de fertilidad no está cubierto. Los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad no están cubiertos automáticamente, y deberá presentarse una solicitud para incluirlos bajo la póliza de los padres.	US$5,000
Estos beneficios están sujetos a deducible. Este beneficio sólo aplica si ambos padres se encuentran cubiertos bajo la misma póliza.	

Beneficios y limitaciones por condiciones congénitas	
Condiciones congénitas manifestadas antes de los 18 años de edad, máx. de por vida	US$300,000
Condiciones congénitas manifestadas después de los 18 años de edad	100%

Beneficios y limitaciones por otros tratamientos ambulatorios	
Consultas con médicos, especialistas y/o psiquiatras máx. por consulta, máx. 30 consultas por año póliza	80%
Intervención quirúrgica	80%

Chequeo médico general Adulto, máx. por año póliza	US$250
Chequeo médico general Pediátrico, máx. por año póliza	US$250
Vacunas (médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación) ○ No aplica deducible ○ Sujeto a 20% de coaseguro	US$800
Quiroprácticos, osteópatas y fisioterapeutas, máx. por consulta, incluyendo tratamiento, máx. 40 consultas por año póliza	80%
Medicamentos prescritos, máx. por persona, por año póliza La prescripción debe acompañar al formulario de solicitud de reembolso	US$1,000
Ecocardiografía, ultrasonido, etc., máx. por examen	80%
Tomografía TAC, máx. por examen	80%
Tomografía IRM y PET, máx. por examen	80%
Endoscopia (gastroscopia, colonoscopia, cistoscopia) máx. por examen	80%
Radiografías, máx. por examen	80%
Exámenes de laboratorio, máx. por examen	80%

Beneficios y limitaciones por ambulancia terrestre	
Transporte de emergencia al hospital	US$1,500

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 completar el tratamiento ○ Los servicios de ambulancia aérea deben ser preaprobados por la compañía.	100%

Servicios online
○ 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 • 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.	US$300,000

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 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, deformidad corporal, ni discapacidad física. Por favor vea el Art. 8.2 a. La decisión de si una condición médica debe ser considerada como preexistente quedará totalmente a discreción de los consultores médicos de la compañía.

1.3.1 En caso de no cumplirse las condiciones del Art. 1.3, la compañía podrá ofrecer el seguro excluyendo, sin embargo, todo tratamiento de condiciones médicas preexistentes, así como de cualquier síntoma, mal, enfermedad o lesión que sea resultado o esté relacionado con tales condiciones médicas preexistentes. 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. Después de un período de dos (2) años, el asegurado podrá presentar una solicitud por escrito ante la compañía para que ésta reevalúe la cobertura de cualesquiera condiciones médicas preexistentes contra el pago de una sobreprima o bajo condiciones especiales, si bien la decisión a este respecto quedará totalmente a discreción de la compañía.

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 reembolso 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 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 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 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 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 La cobertura gratuita de 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.

4.3.1 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.

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

4.4 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 América Latina y en el Caribe (excepto México), 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 reembolsos válidas aparecen en la Tabla de beneficios

6.2 Se otorgará el reembolso, 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 detalladas, así como de los recibos de pago.

6.3 El deducible se aplicará por persona y por año póliza. Hay un máximo de dos (2) deducibles por familia, por año póliza. La suma de los dos (2) deducibles de mayor valor de la póliza será el total máximo a pagar en la póliza, por cada año póliza.

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 ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente.

6.4 Los médicos o especialistas tratantes deberán tener una autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método de tratamiento deberá ser 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 del reembolso excederá el de la factura. Si el asegurado recibe un reembolso 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, acostumbrados 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 para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo el mismo 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 que se enumeran a continuación.

7.1.1 La cobertura máxima del seguro de ambulancia aérea aparece estipulada 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 realizará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.

7.1.3 Los gastos para un transporte en ambulancia aérea cubierto por el seguro, pero que no haya sido coordinado por la compañía, solamente estarán compensado con un importe equivalente a los gastos en los cuales se hubiese incurrido si la compañía hubiera coordinado el transporte.

7.1.4 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.

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

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

7.1.7 La cobertura de ambulancia aérea será efectiva únicamente si la enfermedad o accidente está cubierto por el seguro y si la cobertura incluye el país al cual el asegurado debe ser trasladado.

7.1.8 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 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.

7.1.9 En caso de 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.

7.1.10 La compañía no será responsable por retrasos ni de 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 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 enfermedad, lesión, deformidad corporal o inhabilidad física —así como toda secuela de las mismas— que hayan surgido o mostrado síntomas antes de que el seguro entrara en vigor;

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

c) tratamientos por obesidad;

d) 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;

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

f) lesión física que uno se infiera intencionadamente;

g) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;

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

i) todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales, inseminaciones o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyendo los gastos de embarazo, tratamientos pre y postnatales del(de los) niño(s) recién nacido(s). Por consiguiente, 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;

j) tratamientos de disfunción sexual;

k) 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;

l) tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturista u homeopáticos, y otros métodos de tratamiento alternativo, a no ser que éstos estén especificados en la Tabla de beneficios;

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

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

o) 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);

p) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;

q) 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;

r) 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;

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

t) 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;

u) hospitalización, si el objeto único de la misma es la administración de medicamentos y si el tratamiento podía llevarse a cabo durante un tratamiento ambulatorio en clínica u hospital;

v) todo tratamiento por o relacionado con dificultades del aprendizaje, tales como dislexia; problemas del comportamiento, tales como el desorden de hiperactividad y déficit de atención (o ADHD, por sus siglas en inglés); o problemas de desarrollo físico, tales como baja estatura;

w) todo tratamiento que tenga lugar por fuera de la región geográfica de América Latina y el Caribe;

x) todo tratamiento que tenga lugar en México;

y) cuidados personales.

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.

9.3 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.

9.4 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.

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 monto 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 de la póliza después de la fecha de 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 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 extraordinario 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 del mismo 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 de 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 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 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 previo consentimiento por escrito de la compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.

13.2 El seguro se renovará 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 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.

14.3 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.

AMÉRICA LATINA: La designación geográfica de los países pertenecientes a América Central y del Sur, excepto México, para efectos de la cobertura de este seguro.

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.

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 CONGÉNITA: Cualquier anormalidad, deformidad, mal, enfermedad o lesión presentes al momento del nacimiento; bien sean éstas diagnosticadas o no.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: El historial médico, incluyendo las enfermedades y las condiciones indicadas de 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: Son las restricciones, limitaciones y condiciones impuestas sobre 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.).

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, 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.

FAMILIA: La madre y/o padre, e 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 de inicio de la póliza y la misma fecha cada año.

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

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

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.

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.

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, 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 contratante del seguro en el formulario de solicitud.

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN CLÍNICA U HOSPITAL: Tratamiento en clínica u hospital, donde —por cuestiones médicas— el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor a veinticuatro (24) horas.

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_PRE_ESP_V27.01