

BUPA DIAMOND CARE
TERMS AND CONDITIONS

ACUERDO

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

1.2 **DERECHO DE CATORCE (14) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA:** El asegurado principal podrá cancelar la póliza en un plazo de catorce (14) días a partir de la fecha en que reciba el primer certificado de cobertura. El asegurado principal deberá dirigirse por escrito a la aseguradora a la siguiente dirección: 18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157, USA. En caso de no haberse hecho ninguna reclamación bajo la póliza, la aseguradora reembolsará al asegurado principal las primas que hayan sido pagadas.

1.3 **TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA:** Los términos y condiciones de esta póliza incluyen esta Guía para asegurados y la información contenida en la solicitud. Por favor lea cuidadosamente la sección de Definiciones en esta Guía para asegurados, donde se definen o se explican en más detalle ciertos términos.

1.4 **ACUERDO DE NO DIVULGACIÓN:** Si al solicitar el seguro o posteriormente el asegurado principal y/o cualquiera de los otros asegurados bajo la póliza hubiese(n) cambiado de manera fraudulenta los documentos originales, o hubiese(n) proporcionado información incorrecta u omitido datos que pudieran considerarse de importancia para la aseguradora, este acuerdo de seguro quedará anulado y dejará de tener carácter obligatorio para la aseguradora.

Si al solicitar el seguro o posteriormente el asegurado principal y/o cualquiera de los otros asegurados bajo la póliza hubiese(n) proporcionado información incorrecta, este acuerdo de seguro quedará anulado, y la aseguradora no tendrá responsabilidad alguna si la aseguradora no hubiera aprobado el seguro en caso de haberse proporcionado la información correcta. Si la aseguradora hubiese aprobado el seguro bajo otros términos, la aseguradora será responsable en la medida en que la aseguradora hubiera asumido las obligaciones conforme a la prima acordada.

En caso de que este acuerdo de seguro se considere anulado, la aseguradora tendrá derecho a cobrar una tarifa de servicio que se estipulará como un porcentaje específico de la prima pagada.

Si al solicitar el seguro, ni el asegurado principal ni cualquiera de los otros asegurados bajo la póliza sabían o hubiesen sabido que la información divulgada por ellos era incorrecta, la aseguradora será responsable como si dicha información incorrecta no hubiese sido proporcionada.

1.5 **ELEGIBILIDAD:** Esta póliza sólo puede ser emitida a personas residentes en Latinoamérica o el Caribe con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo esta póliza. Esta póliza no puede ser emitida a personas residentes en los Estados Unidos de América.

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

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del asegurado principal hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo

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

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

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

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

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

1.6 NOTIFICACIÓN A LA ASEGURADORA: Se recomienda que el asegurado notifique a USA Medical Services, la administradora de reclamaciones de Bupa, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el asegurado no notifica a USA Medical Services antes de su tratamiento, la aseguradora no podrá hacer el pago directo al proveedor. La aseguradora reembolsará al asegurado principal la cantidad correspondiente al precio usual, acostumbrado y razonable para la región geográfica.

BENEFICIOS

NOTAS SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por asegurado, por año póliza. Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.
- Los asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la red de proveedores de Bupa.
- 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 aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- La Tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura. Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de “Condiciones de la póliza”, “Administración” y “Exclusiones y limitaciones” de esta Guía para asegurados.
- Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo esta póliza.
- Se recomienda que los asegurados notifiquen a USA Medical Services antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Todos los beneficios están sujetos al deducible correspondiente, a menos que se indique lo contrario.
- Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a la aseguradora, 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.

TABLA DE BENEFICIOS

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	Sin límite

Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar) ◦ Dentro de la red de hospitales Bupa ◦ En otros hospitales, por día	 100% US$2,000
Unidad de cuidados intensivos ◦ Dentro de la red de hospitales Bupa ◦ En otros hospitales, por día	 100% US$4,000
Honorarios médicos y de enfermería	100%
Salud Mental durante la hospitalización (debe ser pre-aprobados)	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado, por día	US$400
Alimentación para acompañante, por día	US$50

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Cirugía ambulatoria	100%
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta: ◦ Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses) ◦ Por año póliza después de los 6 meses ◦ Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización (con 20% de coaseguro)	 100% US$3,000 US$2,000
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados)	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)	100%
Reconocimiento médico de rutina Adulto ◦ No aplica deducible	US$1,000
Reconocimiento médico de rutina Pediátrico ◦ No aplica deducible	US$1,000
Vacunas (médicamente requeridas) ◦ No aplica deducible ◦ Sujeto a 20% coaseguro	80%
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%

Beneficios y limitaciones por maternidad	Cobertura
Embarazo, maternidad y parto, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea, las vitaminas requeridas durante el embarazo, y todo tratamiento pre- y post-natal) ◦ Período de espera de 10 meses ◦ No aplica deducible ◦ Solo planes 1, 2 y 3	US$10,000
Cuidado del recién nacido saludable (máximo 5 visitas durante los primeros 6 meses después del parto)	100%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto) ◦ Solamente para embarazos cubiertos ◦ No aplica deducible	US$50,000
Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto ◦ Período de espera de 10 meses ◦ Solo planes 1, 2 y 3 ◦ No aplica deducible	100%

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Evacuación médica de emergencia: ◦ Ambulancia aérea ◦ Ambulancia terrestre ◦ Viaje de regreso ◦ Repatriación de restos mortales Estos servicios deben ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services.	 100% 100% 100% 100%

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100%
Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida)	US$750,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias	100%
Brazos y piernas artificiales (máximo de por vida US$120,000)	US$30,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100%
Sala de emergencias (con o sin hospitalización)	100%
Cobertura dental de emergencia	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Terapeuta complementario (máximo de 80 visitas/sesiones)	100%
Visitas con especialista en dietética (máximo 4 visitas)	100%
Cuidado asistencial por diagnóstico de Alzheimer	US$5,000 de por vida

OPCIÓN SUPLEMENTARIA CON LA COMPRA DEL ANEXO (no incluida automáticamente)

Beneficios y limitaciones para cobertura opcional	Cobertura
Anexo de cobertura para complicaciones perinatales y del embarazo (por anexo) Cobertura adicional para complicaciones no relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias ◦ Período de espera de 10 meses a partir de la fecha de vigencia del anexo ◦ Solo Planes 4, 5 y 6	US$500,000

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

(a) Para cobertura fuera de la red de proveedores de Bupa:

i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están limitadas a un beneficio máximo de dos mil dólares (US$2,000) por día.

ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas a un beneficio máximo de cuatro mil dólares (US$4,000) por día.

(b) Para cobertura dentro de la red de proveedores de Bupa:

i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios.

ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios.

(c) La alimentación para acompañante bajo esta provisión está limitada a un beneficio máximo de cincuenta dólares (US$50) por día.

(d) Los cargos incluidos en la factura del hospital por llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos estarán cubiertos.

(e) El tratamiento médico de emergencia está cubierto como se estipula en la condición 6.4.

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

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

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

2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos al cien por ciento (100%).

2.4 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO: Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta un máximo de cuatrocientos dólares (US$400) por día.

2.5 SALUD MENTAL EN HOSPITALIZACION: Los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y las terapias se otorguen durante la estadía en el hospital.

El asegurado deberá comunicarse con la aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

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

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

3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha de alta o de la cirugía. Después de los seis (6) meses, el beneficio máximo para cobertura de medicamentos por receta es de tres mil dólares (US$3,000) por asegurado, por año póliza. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

Los medicamentos por receta prescritos para un tratamiento ambulatorio o sin hospitalización relacionados con una condición médica cubierta bajo esta póliza están limitados a un beneficio máximo de dos mil dólares (US$2,000) por asegurado, por año póliza. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

(a) Un coaseguro del veinte por ciento (20%) aplica a todos los gastos.

(b) El ochenta por ciento (80%) de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del deducible. Cuando los gastos excedan el valor del deducible, la aseguradora pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al deducible y el límite del beneficio para cubrir medicamentos por receta.

3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación deberán ser aprobadas con anticipación. Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) sesiones si son aprobadas con anticipación por USA Medical Services. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) sesiones deberá ser aprobada con anticipación o la reclamación será denegada. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días u horas.

3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Se cubrirá un período inicial de hasta treinta (30) días siempre y cuando sea aprobado con anticipación por USA Medical Services. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días también deberá ser aprobada con anticipación, o la reclamación será denegada. Para obtener cada aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

3.6 RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE RUTINA: Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta un máximo de mil dólares (US$1,000) por asegurado, por año póliza, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico. 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.

3.7 VACUNAS: La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y

adultos), incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

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

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO (Excepto Planes 4, 5 y 6):

(a) El beneficio máximo es de diez mil dólares (US$10,000) por cada embarazo cubierto, sin deducible, para la respectiva asegurada.

(b) Los tratamientos pre- y post-natal, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), las vitaminas requeridas durante el embarazo, parto normal, y parto por cesárea están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.

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

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

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

(f) Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto no están cubiertas bajo este beneficio, ya que están limitadas al beneficio máximo descrito en la condición 4.3.

4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Cobertura provisional:

Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones durante el parto y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de cincuenta mil dólares (US$50,000) sin deducible.

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

(b) Cobertura permanente:

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

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

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

(c) El cuidado del recién nacido saludable está limitado a un beneficio máximo de cinco (5) visitas dentro de los seis (6) meses siguientes al nacimiento.

4.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO (Excepto para Planes 4, 5 y 6): Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

(a) La cobertura bajo esta póliza es igual al límite máximo de esta póliza, sin deducible.

(b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las condiciones 4.1 y 4.2 de esta póliza.

(c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante los diez (10) meses calendario del período de espera para el beneficio de maternidad.

(d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.

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

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

Se ofrece la opción de un anexo de cobertura adicional para cubrir complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto para la madre y el recién nacido, para los Planes 4, 5 y 6. Sin embargo, este anexo de cobertura adicional no está disponible para hijos(as) dependientes.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

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

Transporte por ambulancia aérea:

(a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por USA Medical Services.

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

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

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

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

6.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza es igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el deducible correspondiente. El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

6.2 BRAZOS Y PIERNAS ARTIFICIALES: Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta un máximo de treinta mil dólares (US$30,000) por asegurado, por año póliza, con un límite máximo de ciento veinte mil dólares (US$120,000) de por vida. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

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

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por USA Medical Services.

6.3 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Para información sobre la cobertura de brazos y piernas artificiales, por favor vea la condición 6.2.

6.4 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

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

6.6 RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos al cien por ciento (100%) para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por USA Medical Services.

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

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

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

   i. Estarán cubiertas después de un período de espera de treinta (30) días cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a la póliza.

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

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

6.9 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de setecientos cincuenta mil dólares (US$750,000) por asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

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

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

(c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.

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

(e) 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.

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

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

6.10 TERAPEUTA COMPLEMENTARIO: Solamente el tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico, podiatra y/o psiquiatra, así como acupuntura, tratamientos homeopáticos o tratamientos para desórdenes de la conducta o del desarrollo, incluyendo terapia del habla a corto plazo recetada por un médico, y desórdenes del sueño serán cubiertos bajo este beneficio. Se cubrirá un máximo de ochenta (80) visitas/sesiones por asegurado, por año póliza.

6.11 ESPECIALISTA EN DIETÉTICA: Cada asegurado tiene derecho a cuatro (4) consultas con un especialista certificado en dietética, por año póliza. Las consultas deben ser recetadas por un médico, y en todos los casos, el reclamo debe incluir una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.

6.12 CUIDADO ASISTENCIAL POR DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER: Esta cobertura solo será efectiva si el asegurado es diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer, hasta el límite estipulado en la Tabla de Beneficios de cinco mil dólares (US$5,000) por asegurado, de por vida, comprende asistencia para realizar actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc, y que son proporcionadas por personal técnico o de enfermería.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

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

(a) Que no sea médicamente necesario, o

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

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

(d) Que está relacionado con el cuidado personal, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios, o

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

7.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS: Cualquier cuidado o tratamiento, estando el asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de substancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.

7.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

7.4 MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento naturopático, medicamentos naturopáticos u homeopáticos, o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se estipula bajo las provisiones de esta póliza.

7.5 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días desde la fecha efectiva de la póliza.

7.6 CIRUGÍA COSMÉTICA: La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.

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

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

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

7.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA: Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico de un asegurado hospitalizado, a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

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

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

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

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

7.15 VIH/SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo, o enfermedades relacionadas con el SIDA. Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el SIDA o anticuerpos VIH (VIH positivo) estarán cubiertas si se comprueba que fueron causadas por una transfusión de sangre recibida después de la fecha efectiva de esta póliza. El virus del VIH también estará cubierto si se comprueba que fue contraído como resultado de un accidente ocurrido durante el curso normal de la ocupación del asegurado, incluyendo las siguientes profesiones: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, ayudantes médicos o dentales, personal de ambulancias, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El asegurado deberá notificar a la aseguradora dentro de los catorce (14) días siguientes a dicho accidente, y al mismo tiempo proporcionar el resultado negativo de un examen de anticuerpos de VIH con fecha previa al accidente.

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

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

7.18 MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O SIN RECETA: Los medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta no están cubiertos, así como tampoco lo siguiente:

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

(b) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, aunque haya sido recetado para propósitos no-anticonceptivos.

(c) Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.

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

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

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

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

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

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

(j) Supositorios de progesterona.

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

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

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

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

7.22 EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar.

7.23 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio, excepto como se estipula bajo las condiciones de esta póliza.

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

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

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

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

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

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

7.30 CUIDADO PODIÁTRICO COSMETICO: Pedicura, zapatos especiales y soportes para la estructura de los pies, de cualquier tipo o forma.

7.31 ENFERMEDADES EPIDEMICAS Y PANDEMICAS: El 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 no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

ADMINISTRACIÓN

GENERAL

8.1 AUTORIDAD: Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea aprobado por escrito por un director o el jefe de evaluación de riesgos de la aseguradora, y tal aprobación sea avalada por una enmienda a la póliza.

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

8.3 CONTRATO COMPLETO/CONTROLADOR: La póliza (este documento), la solicitud de seguro de salud, el certificado de cobertura, y cualquier enmienda o anexo adicional, constituyen el contrato completo entre las partes. Las traducciones se ofrecen para conveniencia del asegurado. La versión en inglés de esta póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa sobre esta póliza.

8.4 LEY PERTINENTE: 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) 398 7400.

8.5 CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad de la información sobre pacientes y clientes es de vital importancia para las compañías del grupo Bupa. Con ese fin, la aseguradora cumple plenamente con las leyes para la protección de datos y reglamentos de confidencialidad de la información médica. En algunas ocasiones, la aseguradora 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.

8.6 IMPUESTOS: 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.

PÓLIZA

9.1 EMISIÓN DE LA PÓLIZA: La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el asegurado principal en su país de residencia.

9.2 PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Esta póliza contempla un período de espera general de treinta (30) días, durante el cual solamente estarán cubiertas las

enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

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

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

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

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

9.6 CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA: El asegurado debe notificar por escrito a la aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación de la cobertura, a discreción de la aseguradora. El no notificar a la aseguradora sobre cualquier cambio en el país de residencia del asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza o en la modificación de la cobertura en la próxima fecha de aniversario o de renovación, la que ocurra primero, a discreción de la aseguradora.

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

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

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

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

(b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los treinta (30) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

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

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

Si se exonera el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros treinta (30) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

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

9.10 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el asegurado principal, la aseguradora proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante dos (2) años sin costo alguno, si la causa de la muerte del asegurado principal se debe a una condición cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente, y terminará automáticamente para el cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta póliza y/o para quienes se haya emitido una póliza propia. Esta extensión de cobertura no aplica para ningún anexo de cobertura opcional. La extensión de cobertura entra en vigencia a partir de la próxima fecha de renovación o de aniversario, la que ocurra primero, después del fallecimiento del asegurado principal.

RENOVACIONES

10.1 PAGO DE LA PRIMA: El asegurado principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la aseguradora. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía, y la aseguradora no garantiza la entrega de los mismos. Si el asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con la aseguradora. El pago también puede efectuarse en línea en www.bupasalud.com.

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

10.3 PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la aseguradora antes del final del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

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

Si el asegurado cambia su país de residencia, y el plan actual del asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la aseguradora se reserva el derecho de cancelar la póliza o modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

El envío de una reclamación fraudulenta es también motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

La aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar, o modificar una póliza en base al "bloque", según se define en esta póliza. La aseguradora ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al asegurado. Ningún asegurado individual será penalizado independientemente con la cancelación o modificación de la póliza, en base solamente a un historial desfavorable de reclamaciones.

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

RECLAMACIONES

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

11.2 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, se recomienda que el asegurado notifique a USA Medical

Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la aseguradora o USA Medical Services consideran que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta deberá ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por USA Medical Services. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por USA Medical Services. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el asegurado y USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

11.3 DEDUCIBLE:

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

(b) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza.

(c) En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

11.4 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a USA Medical Services al 18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no cumplir con esta condición puede resultar en la denegación de la reclamación. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su agente o con USA Medical Services a la dirección anteriormente mencionada, o en nuestro sitio web: www.bupasalud.com. La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la aseguradora. Adicionalmente, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado o affidávit de la universidad como evidencia de que en el momento

de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el asegurado principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

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

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

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

Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América, y únicamente con respecto a la aseguradora, 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.

11.6 **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:** Si el asegurado tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados.

Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deberán ser presentadas en primera instancia contra la otra póliza. Esta póliza sólo pagará beneficios cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados.

Fuera del país de residencia, Bupa Insurance Limited funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

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

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

11.9 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: 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.

11.10 QUEJAS: 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 llamar al departamento de servicio al cliente de Bupa al +1 (305) 398 7400. También puede enviar un mensaje por correo electrónico a bupa@bupalatinamerica.com, o escribirnos a USA Medical Services 18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157, USA. 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 o por correo a Gerente de Quejas, USA Medical Services, 18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157, USA.

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.

DEFINICIONES

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 veinticuatro (24) horas o más durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

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

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

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

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

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

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

ASEGURADORA: Bupa Insurance Limited, una compañía registrada en Inglaterra bajo el No. 3956433 y con domicilio en 1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, Reino Unido.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

(a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación, o

(b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación, o

(c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(b) Hijos biológicos

(c) Hijos adoptados legalmente

(d) Hijastros

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

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

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

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

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la póliza proporciona beneficios de embarazo y para los cuales la fecha estimada del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada. Este período de espera de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el período de espera de treinta (30) días para cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.

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

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

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

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

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

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

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América y/o del 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

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

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

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

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

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

(e) Es calificado como cuidado asistencial.

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

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

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

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

PAÍS DE RESIDENCIA: El país:

(a) Donde el asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza, o

(b) Donde el asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

(a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.

(b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.

(c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.

(d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.

(e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:

i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año
ii. Ambos son propietarios de una residencia en común
iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
    - Un automóvil que pertenece a los dos
    - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
    - Una cuenta de crédito mancomunada
    - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos
    - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

El asegurado principal y su compañero(a) doméstico(a) deberán firmar conjuntamente el affidávit de relación de vida doméstica requerido.

RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados que el asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por USA Medical Services.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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_TC_DIA_esp_V27.01