

BUPA GLOBAL
MAJOR MEDICAL
HEALTH PLAN
CONDICIONES
GENERALES DE
LA PÓLIZA



...the first of these is the fact that the ...

...the second of these is the fact that the ...

...the third of these is the fact that the ...

...the fourth of these is the fact that the ...

...the fifth of these is the fact that the ...

...the sixth of these is the fact that the ...

...the seventh of these is the fact that the ...

...the eighth of these is the fact that the ...

...the ninth of these is the fact that the ...

...the tenth of these is the fact that the ...

...the eleventh of these is the fact that the ...

...the twelfth of these is the fact that the ...

...the thirteenth of these is the fact that the ...

...the fourteenth of these is the fact that the ...

...the fifteenth of these is the fact that the ...

...the sixteenth of these is the fact that the ...

...the seventeenth of these is the fact that the ...

...the eighteenth of these is the fact that the ...

BUPA GLOBAL MAJOR MEDICAL HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

En este documento, y tal como se describe en el “Glosario”, el término “**Aseguradora**” se refiere a Bupa Panamá, S.A. y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en la **solicitud de seguro de salud**.

Los términos destacados en **negrita** en este documento corresponden a términos definidos en el Glosario, así como exclusiones, limitaciones y restricciones.

CLÁUSULA 1: TABLA DE BENEFICIOS

Cláusula 1.1: Límites de los beneficios: hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

- El “**límite máximo**” o “agregado anual” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” o “**límite vitalicio**” – la cantidad máxima del beneficio la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sub-límites”– la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su **póliza** de seguro. Otros límites y sub-límites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, **independientemente** de la **renovación** de la **póliza**.

Cláusula 1.2: La **póliza** Bupa Global Major Medical Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de la **Red de Proveedores**. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la **Red de Proveedores**, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de **tratamiento de emergencia**.

Cláusula 1.3: La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su **póliza** y los límites de los beneficios. 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 mencionadas en el presente documento, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar la Cláusula 2 Exclusiones y limitaciones antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen a continuación.

La **Aseguradora** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Panamá o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

Cláusula 1.4: **Suma asegurada**: Cinco millones de dólares (US\$5,000,000.00). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Cláusula 1.5: Opciones de **deducible**:

Plan 1 Diez mil dólares (US\$10,000.00)

Plan 2 Veinte mil quinientos dólares (US\$20,000.00)

Cláusula 1.6: Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	Cobertura
Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el hospital	
<p>Alojamiento en el hospital y alimentos La Aseguradora pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del asegurado, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exista una necesidad médica de permanecer en el hospital, • el tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y • la duración de su estadía sea médicamente justificada. <p>La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada.</p> <p>Para pacientes internados por 5 noches o más, el asegurado o su médico deberán enviar a la Aseguradora un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha en la que se dará de alta.</p> <p>La Aseguradora pagará hasta veinte dólares (US\$20.00) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p>	100% habitación privada
<p>Cama extra en el hospital para acompañante La Aseguradora cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el asegurado esté recibiendo un tratamiento cubierto.</p>	100% para una persona
<p>Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos La Aseguradora cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sala de operaciones, • la sala de recuperación, • medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y • medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital. <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	100%
<p>Cuidados intensivos La Aseguradora cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.</p>	100%
<p>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico La Aseguradora pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anesthesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza.</p> <p>Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento.</p> <p>Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento.</p> <p>Los honorarios del anesthesiólogo se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. <p>Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. <p>Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.</p>	100%

<p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</p> <p>La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las cláusulas 2.21 y 2.36.</p>	100%
<p>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta póliza.</p> <p>Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las cláusulas 2.15, 2.25 y 2.46.</p>	100%
<p>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</p> <p>La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, • Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, • Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y • Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el contralor médico de la Aseguradora.</p> <p>Importante: 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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la cláusula 2.46.</p>	100%
<p>Cirugía preventiva</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora.</p> <p>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.</p>	100%
<p>Prótesis</p> <p>La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p>La Aseguradora no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. La Aseguradora pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la Aseguradora.</p>	100%

<p>Implantes prostéticos y órtesis</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • para reemplazar articulación o ligamento • para reemplazar válvula cardiaca • para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • para reemplazar un músculo del esfínter • para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa) • para remover exceso de líquidos en el cerebro • implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer. <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello <p>Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.</p>	<p>100%</p>
<p>Cirugía reconstructiva</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>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.</p> <p>Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar las cláusulas 2.19 y 2.25.</p>	<p>100%</p>
<p>Cláusula 1.7: Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</p>	
<p>Imagenología avanzada</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • tomografía computarizada (TC) • tomografía por emisión de positrones (PET) <p>Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas o que estén relacionados con una hospitalización o cirugía ambulatoria.</p>	<p>Cobertura</p> <p>100%</p>

<p>Condiciones congénitas</p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$500,000.00</p> <p>(b) 100%</p>
<p>Tratamiento contra el cáncer</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la cláusula 2.42.</p> <p>La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>	<p>100%</p>
<p>Servicio de trasplantes</p> <p>La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • córnea • intestino delgado • riñón • riñón/páncreas • hígado • corazón • pulmón • corazón/pulmón • médula ósea (no relacionado con cáncer) <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, • los gastos por compatibilidad de tejidos • los gastos de hospital/operación del donante, y • cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las cláusulas 2.8 y 2.33.</p>	<p>US\$1,000,000.00 por diagnóstico, de por vida</p>

<p>Diálisis renal</p> <p>La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio</p>	100%
<p>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</p> <p>La Aseguradora cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	US\$500,000.00 de por vida
<p>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</p> <p>Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta póliza.</p>	100%
<p>Tratamiento dental relacionado con accidentes</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente.</p>	100%

Cláusula 1.8: Tratamiento Ambulatorio	Cobertura
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	100%
<p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios estén relacionados con una cirugía ambulatoria o una hospitalización cubierta y sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología • Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las cláusulas 2.21 y 2.36.</p>	100%
<p>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</p> <p>La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que estén relacionados con una cirugía ambulatoria o una hospitalización cubierta y sean prescritos por un médico o doctor.</p>	100%
<p>Equipo médico durable</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable, y sus componentes, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea prescrito por un médico, • cumpla con la definición de equipo médico durable. • sea notificado a la Aseguradora previamente <p>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.</p>	100%

Cláusula 1.9: Salud Mental	Cobertura
<p>Salud mental durante la hospitalización</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.</p> <p>Cualquier tratamiento psiquiátrico y/o psicológico cuando el asegurado esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.26 y 2.43.</p>	100%, máximo 90 visitas de por vida

Viajes de traslado

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir **tratamiento** apropiado, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

- el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o **tratamiento** contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

Exclusiones y restricciones:

- La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo **tratamiento activo** que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la **Aseguradora** o de nuestros socios proveedores de servicios.
- La **Aseguradora** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la **Aseguradora**.
- La **Aseguradora** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la **Aseguradora**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por la **Aseguradora** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la **Aseguradora** habría pagado si la **Aseguradora** hubiera coordinado el traslado.

Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.

100%

<p>Repatriación médica</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al país de nacionalidad o al país de residencia del asegurado según la información que haya proporcionado en su solicitud de seguro de salud, y • el traslado de regreso al lugar de donde el asegurado fue trasladado <p>en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuando haya sido autorizado previamente por la Aseguradora, y • cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. <p>En algunos casos, podrá ser más apropiado que el asegurado viaje al aeropuerto en taxi que en otro medio de transporte, como por ejemplo en una ambulancia. En estos casos, y si está autorizado previamente, la Aseguradora pagará la tarifa del taxi.</p> <p>En algunos casos, el asegurado podrá solicitar una repatriación médica cuando comunicándose con la Aseguradora para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser medicamente inapropiado. En estos casos, la Aseguradora primero evacuará al asegurado al lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento necesario esté disponible. Una vez que el asegurado esté médicamente estable, la Aseguradora procederá con la repatriación al país de nacionalidad o país de residencia que el asegurado haya especificado.</p> <p>La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.</p>	<p>100%</p>
<p>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del asegurado (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La Aseguradora considera como 'necesidad razonable' cuando el asegurado necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, • necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros), • no hay acompañamiento médico disponible, o • en el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependido de los requerimientos médicos.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esto sea autorizado previamente por la Aseguradora, y • el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. <p>La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p>	<p>100%</p>

<p>Costos de alimentación y transporte para acompañante</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (espos(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • únicamente durante una evacuación, y • por hasta 10 días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p>	<p>US\$150.00 por día; máximo 10 días por año póliza</p>
<p>Costos de viaje de traslado de niños</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños) sea evacuado o repatriado, • el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños esté acompañando también al asegurado, y • que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado. 	<p>100%</p>
<p>Ambulancia aérea local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o • para el traslado de un hospital a otro <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, • utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y • relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	<p>100%</p>
<p>Ambulancia terrestre local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente al hospital, • para el traslado de un hospital a otro, o • de su casa al hospital <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, y • relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital 	<p>100%</p>
<p>Repatriación de restos mortales</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea <p>La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.</p>	<p>100%</p>

Cláusula 1.11: Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura
<p>Enfermería en casa</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea prescrito por el médico del asegurado, • comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y • sea necesaria para proporcionar cuidados médicos (no incluye cuidado asistencial). <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la cláusula 2.25.</p>	<p>US\$300.00 por día hasta un máximo de 60 días</p>
<p>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</p> <p>Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la Aseguradora pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si el asegurado ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alojamiento en centro para pacientes terminales • cuidados de enfermero(a) profesional calificado • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales 	<p>100%</p>
<p>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</p> <p>La Aseguradora pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La Aseguradora pagará por rehabilitación únicamente cuando haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y • Sea parte del tratamiento recibido para dicha condición cubierta bajo la póliza. <p>Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la cláusula 2.25.</p>	<p>100% hasta 60 días</p>

Cláusula 1.12: Beneficios Adicionales

Cobertura extendida para **dependientes** elegibles debido al fallecimiento del **Asegurado Titular**

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante 2 años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.

Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, al menos uno de los padres del **recién nacido** debe tener por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una **solicitud de seguro de salud** para incluir al **recién nacido** en la **póliza**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si

- (a) la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, o
- (b) ninguno de los padres ha cumplido los 10 meses de cobertura continua bajo esta **póliza**, o
- (c) el **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

Beneficio de segunda opinión quirúrgica

Si un cirujano ha recomendado que el **asegurado** sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el **asegurado** tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un **médico** seleccionado de común acuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora**. 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 de común acuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora**.

CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Cláusula 2.1: **En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los tratamientos, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la Aseguradora como parte de su seguro de salud. Además de esto, el asegurado podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su seguro de salud, como lo explica su documento de Condiciones Particulares.**

Cláusula 2.2: **Cobertura para condiciones preexistentes: Cuando el asegurado presentó su solicitud de seguro de salud, se le pidió que suministrara toda la información acerca de cualquier lesión, enfermedad o dolencia por la cual el asegurado y/o sus dependientes han recibido medicamentos, indicaciones médicas o tratamientos, así como síntomas que hayan experimentado antes solicitar el seguro con la Aseguradora. Esto es conocido como condiciones preexistentes.**

Cláusula 2.3: **El equipo médico de la Aseguradora ha analizado el historial médico del Asegurado Titular y sus dependientes para decidir los términos sobre los cuales se le ofrece este seguro de salud. Es posible que la Aseguradora haya ofrecido cobertura para condiciones preexistentes, posiblemente mediante una extra-prima, que haya decidido excluir condiciones preexistentes específicas, o que haya aplicado otras restricciones al seguro de salud. En el caso que la Aseguradora haya aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la póliza del asegurado, esto será descrito en el documento de Condiciones Particulares. Esto significa que la Aseguradora no cubrirá los costos de tratamiento para dichas condiciones preexistentes, los síntomas relacionados con ellas, o cualquier condición que sea resultado de o esté relacionada con dichas condiciones preexistentes. De igual modo, la Aseguradora no cubrirá ninguna condición preexistente que el asegurado no haya informado debidamente durante su solicitud.**

Cláusula 2.4: **Si la Aseguradora no ha incluido en el documento de Condiciones Particulares una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier condición preexistente que el asegurado haya declarado en su solicitud está cubierta bajo la póliza.**

Cláusula 2.5: **Exclusiones generales: Las exclusiones en esta sección corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente.**

Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de Condiciones Particulares, la Aseguradora no proporciona cobertura o beneficios para ninguna de las exclusiones y limitaciones mencionadas en esta sección, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la Tabla de Beneficios, ni para las condiciones preexistentes que estén directamente relacionados con:

- **Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones;**
- **Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos;**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y**
- **Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y**
- **Los servicios y tratamientos que no se lleven a cabo dentro de la Red de Proveedores, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.**

Los títulos incluidos a continuación no reconocen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción enunciada.

Cláusula 2.6: Admisión electiva: La admisión electiva en un hospital por más de 23 (veintitrés) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.

Cláusula 2.7: Alimentos, complementos y suplementos: 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 ésta sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

Cláusula 2.8: Almacenamiento de tejidos: Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

Nota: La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

Cláusula 2.9: Cirugía o tratamiento cosmético: Cirugía o tratamientos electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamientos que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

Cláusula 2.10: Cirugías y tratamientos para cambio de sexo: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

Cláusula 2.11: Clínicas de hidroterapia, naturistas, etc.: Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

Cláusula 2.12: Conflicto y desastre: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:

- ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
 - ha participado activamente, o
 - ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
-

Cláusula 2.13: Control de natalidad: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas de la asegurada con su doctor para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

Cláusula 2.14: Depósitos/pagos por adelantado: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

Cláusula 2.15: Desórdenes de la conducta o del desarrollo: No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

Cláusula 2.16: Desórdenes del sueño: Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.

Cláusula 2.17: Disfunciones sexuales y enfermedades de transmisión sexual: Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades transmitidas sexualmente.

Cláusula 2.18: Embarazo y parto: Todo tratamiento o servicio relacionado con el embarazo, el parto y sus complicaciones, así como todo tratamiento o servicio relacionado con el cuidado del recién nacido.

Cláusula 2.19: Enfermedades epidémicas y pandémicas: No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.

Cláusula 2.20: Equipo de riñón artificial: Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.

Cláusula 2.21: Exámenes de diagnóstico para trabajo o viajes: Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

Cláusula 2.22: Exámenes y dispositivos visuales y auditivos: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto.

Cláusula 2.23: Gastos de registro/administración: Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que la Aseguradora, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).

Cláusula 2.24: Gastos excesivos: Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

Cláusula 2.25: Gastos relacionados con tratamientos no cubiertos: El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, 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 el cuidado asistencial, 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 médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

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

Cláusula 2.26: Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

Cláusula 2.27: Lesiones por riñas: Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el Asegurado Titular o sus dependientes participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.

Cláusula 2.28: Mantenimiento artificial de vida: La Aseguradora no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud.

La Aseguradora se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.

Cláusula 2.29: Maternidad subrogada: Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.

Cláusula 2.30: Medicamentos coloquialmente conocidos como chinos: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

Cláusula 2.31: Medicamentos sin receta: Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.

Cláusula 2.32: Medicina alternativa: Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.

Cláusula 2.33: Órganos mecánicos o animales: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o dolencias futuras.

Cláusula 2.34: Podología: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

Cláusula 2.35: Profesional o proveedor médico no reconocido o en instalaciones médicas no reconocidas: Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.

Cláusula 2.36: Pruebas genéticas: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.

Cláusula 2.37: Servicio militar y/o policial: Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

Cláusula 2.38: Trastornos refractivos: Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK).

Cláusula 2.39: Tratamiento de fertilidad: Tratamiento para asistir en la reproducción, como:

- fertilización in-vitro (IVF)
 - transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
 - transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
 - inseminación artificial (IA)
 - tratamiento de medicamentos recetados
 - traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
 - gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen
-

Cláusula 2.40: Tratamiento dental: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto.

Cláusula 2.41: Tratamientos en instituciones públicas: Tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el asegurado es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.

Cláusula 2.42: Tratamiento experimental: La Aseguradora no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La Aseguradora tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.

La Aseguradora no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

Cláusula 2.43: Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

Cláusula 2.44: Tratamientos maxilares: Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.

Cláusula 2.45: Tratamientos para el crecimiento: Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al tratamiento de una condición cubierta bajo la póliza.

Cláusula 2.46: Tratamientos por obesidad: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el período de espera de 2 (dos) años y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.

Cláusula 2.47: Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx.

Cláusula 2.48 Tratamientos realizados por familiares: Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

Cláusula 3.1: Comienzo y fin de la cobertura: Sujeto a las Condiciones Generales de la **póliza** entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:

- (a) La cobertura comienza en la **fecha del inicio de vigencia** indicada en el **Certificado de Cobertura** que la **Aseguradora** le extiende al **Asegurado Titular** por el período continuo de la **póliza**, siempre que se hubiese pagado la prima o primera fracción de dicha prima.
- (b) El **Asegurado Titular** puede cancelar su **póliza**, o la cobertura de cualquiera de sus **dependientes**, en cualquier momento con previo aviso de 30 (treinta) días calendario. La **Aseguradora** no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El **Asegurado Titular** es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.
- (c) **La Aseguradora puede cancelar una póliza:**
 - i. **Si el Asegurado Titular no paga la prima correspondiente al final del período de gracia y el período de suspensión, según lo estipulado en las Cláusulas 6.2 y 6.3 de este documento.**
 - ii. **Si un asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en la Cláusula 13.1 de este documento.**
- (d) **La Aseguradora puede cancelar o rescindir una póliza si existe evidencia de que el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. Esto incluye el proporcionar información falsa o inexacta y ocultar información necesaria para la Aseguradora, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la Aseguradora, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la Aseguradora al decidir:**
 - i. **Si un asegurado puede agregarse a la póliza como dependiente.**
 - ii. **La cantidad de la prima que el Asegurado Titular debe pagar.**
 - iii. **Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación.**
- (e) La **Aseguradora** se reserva el derecho de no emitir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si emitir dicha **póliza** infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquier de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.

Cláusula 3.2: Elegibilidad: La **póliza** solamente puede ser emitida a **residentes** del territorio de la República de Panamá con una edad máxima de setenta y cuatro (74) años cumplidos y mínima de dieciocho (18) años, excepto para **dependientes** elegibles. No hay edad máxima de **renovación** para **asegurados** ya cubiertos bajo la **póliza**. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en la República de Panamá. Sin perjuicio de lo anterior, la **Aseguradora** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **Asegurado Titular** en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a Panamá, y conllevará a la posible terminación de cobertura si el **Asegurado Titular** se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América.

Los **dependientes** elegibles incluyen al cónyuge o **compañero(a) doméstico(a)** del **Asegurado Titular** y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en la **solicitud de seguro de salud** y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**.

La cobertura de esta **póliza** está disponible para los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario** de la **póliza** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **dependientes** según sea el caso concreto.

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 la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la **póliza** anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva **póliza** las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera **póliza**, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora **Asegurado Titular** antes de terminar el **período de gracia** para el pago de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **dependiente** solicite su **póliza** con la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que dejó de ser integrante de la **póliza** original.

Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser 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 Titular** por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la fecha del siguiente aniversario o **renovación** de la **póliza**, la que ocurra primero.

Cláusula 3.3: El **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su cónyuge o **compañero(a) doméstico(a)** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en el **Certificado de Cobertura** que la **Aseguradora** extiende al **Asegurado Titular**. Para solicitarlo, deberá llenar una **solicitud de seguro de salud**.

Cláusula 3.4: Moneda: Todos los límites de los beneficios se expresan en US\$ (moneda de curso legal de los Estados Unidos de América) y se computan de acuerdo al tipo de cambio en la fecha del servicio.

Cláusula 3.5: Domicilio: Para los efectos de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. La falta de cumplimiento de esta condición podrá acarrear la cancelación de la **póliza** sin derecho a que el **asegurado** tenga reclamación alguna contra la **Aseguradora**. Se fija como domicilio de las partes la República de Panamá.

CLÁUSULA 4: CONTRATO

Cláusula 4.1: Esta **póliza** es un **contrato** de seguro entre el **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** con validez por cada **año póliza**.

Si la **póliza** es renovada, se forma un nuevo **contrato** bajo los mismos términos que el **año póliza** anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al **Asegurado Titular** en el momento de la **renovación**.

Cláusula 4.2: Ninguna otra persona, incluyendo a los **dependientes**, podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este **contrato** de seguro. Los **dependientes** pueden hacer uso del proceso de quejas establecido en la Cláusula 19.

Cláusula 4.3: Este **contrato** de seguro se compone de, y constituye el **contrato** completo entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**:

- las Condiciones Generales de la **póliza**,
- las Condiciones Particulares de la **póliza**, las cuales tienen prelación sobre las Condiciones Particulares de la **póliza**,
- la **solicitud de seguro de salud**,
- el **Certificado de Cobertura** que la **Aseguradora** extiende al **Asegurado Titular**, y
- cualquier **endoso**, anexo o enmienda.

Cláusula 4.4: Cesión: Esta **póliza** no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la **Aseguradora**.

CLÁUSULA 5: COBERTURA

Cláusula 5.1: La **Aseguradora** únicamente cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios**.

Cláusula 5.2: Su **póliza** contempla el pago de un **deducible** anual obligatorio, el cual está especificado en el **Certificado de Cobertura**.

El **deducible** anual aplica por separado al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir el **deducible** anual correspondiente, el cual es reinstalable cada **año póliza**. Todas las cantidades correspondientes al pago de **deducible** se acumulan hasta un total máximo por **póliza** equivalente a la suma de dos (2) **deducibles** individuales por **año póliza**.

Si corresponde el pago del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** será responsable por el pago del **deducible** correspondiente a cada **asegurado** cubierto bajo su **póliza** directamente al proveedor hasta alcanzar el total del **deducible** anual correspondiente. Deberá cubrirse el **deducible** antes de que inicie la responsabilidad de la **Aseguradora** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma **asegurada**.

Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la **Tabla de Beneficios** no se tomarán en cuenta para el cálculo del **deducible** anual.

Aun cuando la cantidad que el **Asegurado Titular** esté reclamando sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** debe enviar a la **Aseguradora** su reclamación para que la **Aseguradora** sepa cuándo el **asegurado** correspondiente ha cubierto su **deducible** anual.

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 póliza**, serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**.

Cláusula 5.3: Si se hiciera necesario por cualquier razón que la **Aseguradora** pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad sujeta a **deducible** anual, la **Aseguradora** procederá para obtener posteriormente dicho pago del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** para obtener dicho pago por medio del acuerdo de pago con débito directo o con tarjeta de crédito que haya sido proporcionado en la solicitud o que haya sido actualizado posteriormente.

Ya que esta **póliza** está sujeta a un **deducible** anual, el **Asegurado Titular** deberá asegurarse de que la **Aseguradora** tenga una autorización actualizada para pago con débito directo o con tarjeta de crédito que permita a la **Aseguradora** proceder a obtener pago por cualquier **deducible** que haya cubierto en nombre del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** deberá actualizar la información para pago con débito directo o con tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite la **Aseguradora**. De lo contrario, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar ninguna reclamación hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier **deducible** pendiente.

Cláusula 5.4: El **asegurado** deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**. El **asegurado** deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días calendario siguientes a la fecha de la pre-autorización original.

Para realizar la evaluación y coordinación del pago directo al proveedor, se recomienda que el **asegurado** notifique a la **Aseguradora** por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el **tratamiento de emergencia** dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**. En caso de **accidente**, es obligación del **asegurado** notificar a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la **Aseguradora** en caso de haberse notificado el **accidente** a tiempo.

Además, en caso de **accidente**, no corresponderá la eliminación del deducible si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.

Los detalles sobre cómo obtener pre-autorización para ciertos **beneficios cubiertos** están disponibles en la Guía de Bienvenida.

Cláusula 5.5: Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la **Aseguradora** podrá solicitar al **asegurado** cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la **Aseguradora** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de la **Aseguradora** (bajo el costo de la **Aseguradora**), quien a su vez proporcionará a la **Aseguradora** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**.

Cuando la **Aseguradora** así lo solicite, el **asegurado** deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la **Aseguradora** obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con la **Aseguradora** en tiempo oportuno, o el no autorizar el acceso de la **Aseguradora** a los resúmenes clínicos y reportes médicos, podrá resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el **asegurado** no coopera con la **Aseguradora** para proporcionarle toda la información necesaria para que la **Aseguradora** esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de la **Aseguradora** queden extinguidas, y por ende, la **Aseguradora** no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.

Cláusula 5.6: Pagos discrecionales: Puede ser que en algunas ocasiones, la **Aseguradora** pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta **póliza**. Estos pagos son llamados pagos discrecionales o "ex gratia". Cualquier pago ex gratia se hará a única y a completa discreción de la **Aseguradora** y el cual nunca sobrepasará la suma total **asegurada** correspondiente a esta **póliza**. El hecho de que la **Aseguradora** decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o ex gratia no implica modificación tácita del presente contrato, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la **Aseguradora** esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.

Cláusula 5.7: En caso de que la **Aseguradora** efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular** por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta **póliza**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **Asegurado Titular**.

Cláusula 5.8: **Condiciones preexistentes**: Para efectos de esta **póliza**, 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 inmediatamente cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas, signos o tratamiento** durante un período de cinco (5) años antes de la **fecha del inicio de vigencia**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** a la **póliza**.
- ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la **fecha del inicio de vigencia**, cuando el **asegurado** presente **síntomas, signos o tratamiento** en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la **fecha del inicio de vigencia**, a menos que estén excluidas específicamente en un **endoso** 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 dar por terminado el **contrato** de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del **Asegurado Titular** de conformidad con el artículo 1000 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 6: PRIMAS

Cláusula 6.1: Pago de la Prima: El **Asegurado Titular** deberá pagar las primas directamente a la **Aseguradora**. Si el **Asegurado Titular** paga sus primas a otra persona, como un intermediario o corredor de seguros, la **Aseguradora** no se hace responsable de que dicha persona haga el pago correspondiente a la **Aseguradora**.

El **asegurado** debe cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la **póliza**. El incumplimiento de esto, traerá consigo que la **póliza** no entre en vigencia y por tanto no haya cobertura sin necesidad de declaración judicial alguna.

Cláusula 6.2: **Período de Gracia:** Si la **Aseguradora** no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta **póliza** que el **Asegurado Titular** deba a la **Aseguradora** en la **fecha de vencimiento** del pago, la **Aseguradora** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada.

Cláusula 6.3: **Período de Suspensión:** Terminado el **período de gracia** de que trata la Cláusula anterior, de pleno derecho y forma automática, la **póliza** entrará en un **período de suspensión** por un plazo de hasta sesenta (60) días calendario. Durante este **período de suspensión** el **asegurado** no tendrá derecho a ninguna cobertura amparada bajo esta **póliza**.

Las reclamaciones por gastos cubiertos incurridos durante el período de suspensión de cobertura no estarán amparadas por la póliza.

CLÁUSULA 7: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA

Cláusula 7.1: **Cancelación o no Renovación de la Póliza:** Las notificaciones por **Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del asegurado** se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la **Aseguradora**, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles. Una vez transcurrido el período de suspensión y envío del **Aviso de Cancelación**, se entenderá que la **póliza** está cancelada de pleno derecho y la **Aseguradora** no tendrá obligación alguna con el **asegurado** a partir de este momento.

En caso de que la **Aseguradora** no haga la notificación del **Aviso de Cancelación** al **asegurado** de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Artículo 998 del Código de Comercio o las leyes que lo reformen o modifiquen.

La **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la **póliza**, o el documento de **Condiciones Particulares** 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 la **póliza** cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la **Aseguradora** habría emitido el **Certificado de Cobertura** y las **Condiciones Particulares** con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar cobertura.

La **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar o rescindir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquier de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.

Conforme a las disposiciones aplicables, la **Aseguradora** no podrá negar la renovación de la **póliza** por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la **póliza** cuando menos 20 (veinte) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la **póliza**. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** y/o contratante deberá notificarlo a la **Aseguradora**; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en la Cláusula 13.2.

CLÁUSULA 8: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO TITULAR

Cláusula 8.1: El **Asegurado Titular** podrá cancelar esta **póliza** por cualquier razón enviando una notificación a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días de haber recibido su primer **Certificado de Cobertura** o de la **fecha de renovación** de su **póliza**, siempre y cuando no haya presentado una reclamación válida o recibido ningún beneficio bajo esta **póliza** durante el **año póliza** en curso. Si el **Asegurado Titular** cancela la **póliza** durante este período de treinta (30) días, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad completa de la prima pagada para ese **año póliza**.

Cláusula 8.2: Si el **Asegurado Titular** ha agregado a un **dependiente** a su **póliza**, también podrá cancelar esa adición notificando a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días después de haber recibido su **Certificado de Cobertura** que incluye al nuevo **dependiente**. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad completa de la prima adicional que el **Asegurado Titular** haya pagado.

Cláusula 8.3: Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se le deberá notificar a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días siguientes.

Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Asegurado Titular** por su propio derecho, e incluir a sus propios **dependientes**.

Si el **Asegurado Titular** falleciera y ningún adulto **dependiente** ha solicitado convertirse en **Asegurado Titular**, esta **póliza** será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida y no se han recibido beneficios bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará la parte de la prima correspondiente al período después de que terminó la cobertura.

Si un **dependiente** fallece, su cobertura bajo esta **póliza** terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho **dependiente** que el **Asegurado Titular** haya pagado para del período siguiente a la terminación de la cobertura.

CLÁUSULA 9: CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Cláusula 9.1: Prueba de reclamación: El **Asegurado Titular** 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 la dirección de la **Aseguradora** en P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. La acción para presentar cualquier **reclamación** bajo la presente **póliza** prescribe en un (1) año conforme lo establecido en el Código de Comercio de la República de Panamá y sujeto a las condiciones establecidas en la Ley 12 de 2012. **El no cumplir con esta condición resultará 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.

Cláusula 9.2: Pago de reclamaciones: La **Aseguradora** pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, dentro de un máximo de treinta (30) días calendario después de que el **Asegurado Titular** haya presentado la solicitud de reembolso, junto con los documentos necesarios según la Cláusula 9.1 para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

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 affidavit 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 Titular** confirmando que dichos hijos **dependientes** son solteros.

Cláusula 9.3: El objetivo de la **Aseguradora** es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible.

De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la **Aseguradora**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el **asegurado** está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la **Aseguradora**, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales.

La **Aseguradora** no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la **Aseguradora** después de un (1) año siguiente a la fecha del **tratamiento** o servicio, a menos de que haya una razón válida y de peso por la cual no fue posible para el **asegurado** presentar la documentación antes.

La **Aseguradora** no está en posibilidad de regresar documentación original al **asegurado**; sin embargo, la **Aseguradora** podrá enviarle copia de los mismos.

Cláusula 9.4: Cuando el **Asegurado Titular** ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una reclamación válida, la **Aseguradora** procederá con el reembolso al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** podrá pagar a un **asegurado dependiente** solamente cuando el **asegurado dependiente** que ha recibido los servicios es mayor de edad y la **Aseguradora** cuenta con los datos de su cuenta bancaria.

La **Aseguradora** solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del **asegurado** o por medio de un cheque pagadero al **Asegurado Titular**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al **asegurado** un costo administrativo, la **Aseguradora** reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del **asegurado**, a menos de que el **asegurado** haya pagado debido a un error de la **Aseguradora**.

Cláusula 9.5: En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Aseguradora** pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero legal del **Asegurado Titular** declarado por tribunal competente. La **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al **Asegurado Titular**.

Cláusula 9.6: La **Aseguradora** solamente pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos.

Cuando la **Aseguradora** convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la **Aseguradora** en su página web.

Cláusula 9.7: En caso de reembolso, la **Aseguradora** pagará al **Asegurado Titular** la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la **Aseguradora** y/o 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 Titular**. En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Aseguradora** pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a los herederos legales del **Asegurado Titular**.

Para pago directo o reembolso, la **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del pago antes de: (1) aprobar un pago directo, o (2) reembolsar al **Asegurado Titular**.

Cláusula 9.8: La **Aseguradora** no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La **Aseguradora** generalmente informará al **Asegurado Titular** cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la **Aseguradora**.

CLÁUSULA 10: SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Cláusula 10.1: Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, **enfermedad**, condición o evento relacionado con los **beneficios cubiertos** de un **asegurado**, la **Aseguradora** podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho **asegurado**.

El **asegurado** deberá proporcionar a la **Aseguradora** cualquier ayuda necesaria para que la **Aseguradora** pueda gestionar dicha reclamación; por ejemplo:

- proporcionar documentos o declaraciones de testigos;
- firmar documentos legales que sean necesarios, y
- someterse a una evaluación médica.

La **Aseguradora** podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado** antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la **póliza**.

El **Asegurado** se compromete a que no tomará ninguna acción, aceptará ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la **Aseguradora** para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado**.

Cláusula 10.2: Si el **asegurado** tiene cobertura bajo otra **póliza** de seguro que también cubra los mismos **beneficios cubiertos** bajo esta **póliza**, éste deberá notificarlo a la **Aseguradora** y proporcionar detalles sobre su cobertura con la otra compañía de seguro, incluyendo información sobre pre-autorización y cómo presentar una reclamación.

La **Aseguradora** solamente cubrirá la porción correspondiente del costo de cualquier beneficio cubierto.

CLÁUSULA 11: RENOVACIÓN

Cláusula 11.1: La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** si esta **póliza** está disponible para **renovación** para el siguiente **año póliza** con anticipación a la **fecha de renovación**.

Cada **año póliza**, la **Aseguradora** podrá cambiar la forma como calcula las primas, como determina las primas, lo que el **Asegurado Titular** debe pagar y el método de pago. La **Aseguradora** también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta **póliza**.

La **Aseguradora** enviará al **Asegurado Titular** una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la **fecha de renovación**, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la **póliza** a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el **Asegurado Titular** decide no renovar su **póliza**, deberá contactar a la **Aseguradora** durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la **renovación** de la **póliza**.

A menos que el **Asegurado Titular** se comunique con la **Aseguradora** para expresar su deseo de no renovar la **póliza**, la **Aseguradora** considerará que el **asegurado** ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el **Asegurado Titular** haya proporcionado a la **Aseguradora**.

Cláusula 11.2: **Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Titular y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos 20 (veinte) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la póliza. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.**

La Aseguradora informará al Asegurado Titular y/o contratante con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan si el Asegurado Titular y/o contratante no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de la Aseguradora.

Cláusula 11.3: En caso de que la **Aseguradora** decida renovar esta **póliza**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en **Certificado de Cobertura**, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado. Sin embargo, si el **Asegurado Titular** decide cambiar de plan de seguro, la **Aseguradora** se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.

CLÁUSULA 12: CAMBIOS A LA PÓLIZA

Cláusula 12.1: Salvo lo expresamente estipulado en esta Cláusula, únicamente la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** podrán modificar esta **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la **Aseguradora**. Todas las modificaciones o **endosos** a esta **póliza** deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la **Aseguradora**.

Cláusula 12.2: Si el **Asegurado Titular** solicita agregar un **dependiente** a su **póliza**, la **Aseguradora** evaluará el historial médico de dicha persona. La **Aseguradora** podrá decidir no agregar a dicha persona como **dependiente** en la **póliza**, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones especiales. La **Aseguradora** podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del **dependiente**. El **Asegurado Titular** deberá pagar una prima adicional por dicho **dependiente**. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico (y de acuerdo con cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la **Tabla de Beneficios**.

Cláusula 12.3: Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá modificar su **póliza** al momento de la **renovación**.

Cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite un cambio de plan o producto, aplican las siguientes condiciones:

- (a) Los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan o producto los contemple.
 - (b) El **periodo de espera** para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio
 - (c) Si el plan o producto anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo plan o producto, se debe cumplir el **período de espera** establecido en la **Tabla de Beneficios**.
 - (d) Para el pago de siniestros ocurridos y diagnosticados antes del cambio de plan, cuando ambos planes o productos contemplen diferentes **sumas aseguradas** para el mismo beneficio, se pagará el menor de los beneficios durante un período de doce (12) meses..
 - (e) No obstante lo anterior, la **Aseguradora** podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite cambio de plan, beneficios, **deducibles** o **suma asegurada**..
-

Cláusula 12.4: La **Aseguradora** podrá hacer modificaciones a la **póliza** durante el **año póliza** solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la **Aseguradora**. Cuando este sea el caso, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.

Cláusula 12.5: La **Aseguradora** podrá dar por terminada esta **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la **Aseguradora** y/o el **Asegurado Titular** pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.

Cláusula 12.6: Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **Asegurado Titular** la **Aseguradora** y sea hecho constar por un **endoso** a la **póliza**, firmado por ambas partes.

CLÁUSULA 13: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

Cláusula 13.1: El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Aseguradora** inmediatamente si se muda a otro país o si cambia su **país de residencia** especificado o su nacionalidad especificada. Esta **póliza** terminará si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia** o de nacionalidad, o cualquier otra ley aplicable a la **Aseguradora** o a esta **póliza** le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los **residentes** o ciudadanos de ese país.

Cláusula 13.2: El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Aseguradora** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la **Aseguradora** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.

CLÁUSULA 14: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA

Cláusula 14.1: La responsabilidad de la **Aseguradora** bajo esta **póliza** es proporcionar al **asegurado** cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar **tratamientos** en nombre del **asegurado** relacionados con sus **beneficios cubiertos**. **La Aseguradora no proporciona los tratamientos médicos.**

Cláusula 14.2: El **Asegurado Titular** designa a la **Aseguradora** para actuar como su representante, en su nombre y el de sus **dependientes**, para gestionar citas médicas o coordinar la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La **Aseguradora** desempeñará la función de representante con el mayor cuidado posible.

Cláusula 14.3: El **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** para actuar como su representante, en su nombre y el de sus **dependientes**, si por cualquier razón el **Asegurado Titular** no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la **Aseguradora** con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), para:

- tomar una decisión que la **Aseguradora** considere que está en el mejor interés del **asegurado** (de acuerdo con su cobertura bajo esta **póliza**);
- proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el **asegurado** que la **Aseguradora** considere apropiada bajo las circunstancias; y/o

recibir instrucciones de la persona que la **Aseguradora** considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el **médico** tratante, o el empleador).

Cláusula 14.4: Mientras la **Aseguradora** actúe como representante del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** podrá desempeñar dicha función a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.

CLÁUSULA 15: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO

Cláusula 15.1: Ni la **Aseguradora** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o **enfermedad** que pueda sufrir el **asegurado** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. El **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.

Cláusula 15.2: Los derechos legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, si éste decide presentar una queja como se estipula en la Cláusula 19.

CLÁUSULA 16: RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

Cláusula 16.1: En esta Cláusula 16, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.

Cláusula 16.2: El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán:

- abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o exagerada, o presentar una reclamación falsa bajo esta **póliza**;
- abstenerse de enviar a la **Aseguradora** documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o
- abstenerse de proporcionar a la **Aseguradora** información cuando el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** sepan que el no hacerlo facultará a la **Aseguradora** para denegar el pago de una reclamación bajo esta **póliza**.

Cláusula 16.3: En caso de no cumplimiento con la Cláusula 16.2, la Aseguradora se reserva el derecho de:

- negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o
- recuperar cualquier pago que la Aseguradora ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación.

Adicionalmente, si el Asegurado Titular no cumple con lo estipulado en la Cláusula 16.2, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que su póliza ha sido cancelada por incumplimiento de la Cláusula 16.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima.

Si solamente uno de los dependientes infringe lo estipulado en la Cláusula 16.2, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que la cobertura bajo esta póliza del dependiente en particular ha terminado por incumplimiento de la Cláusula 16.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este dependiente.

CLÁUSULA 17: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Cláusula 17.1: En esta Cláusula 17, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.

Cláusula 17.2: El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la **Aseguradora** sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la **solicitud de seguro de salud** y para cualquier **renovación**, extensión o modificación a esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá notificar a la **Aseguradora** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la **póliza**.

El **Asegurado Titular** (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el **tratamiento** de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a la **Aseguradora**.

Cláusula 17.3: Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes**:

- deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la **Aseguradora**, y/o
- no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la **Aseguradora** (por ejemplo, si el **asegurado** responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la **Aseguradora** habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta **póliza** para el **asegurado** si la **Aseguradora** hubiese contado con la información correcta, la **Aseguradora** se reserva el derecho de ejercer sus derechos, definidos en la Cláusula 17.4 a continuación.

Cláusula 17.4: En los casos donde aplique la Cláusula 17.3 anterior:

- cuando el **Asegurado Titular** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en la Cláusula 17.3, la **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar esta **póliza**. Esto significa que la **Aseguradora** considerará esta **póliza** sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la **fecha de renovación**, o de la fecha del cambio, según sea el caso;

cuando solamente uno de los **dependientes** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en la Cláusula 17.3, la **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la **póliza** que proporciona cobertura a dicho **dependiente**. Esto significa que la **Aseguradora** considerará a dicho **dependiente** sin cobertura válida bajo esta **póliza** a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la **fecha de renovación** de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso.

Cláusula 17.5: Cuando el **Asegurado Titular** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en la Cláusula 17.3, y la **Aseguradora** habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:

- La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Aseguradora** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Aseguradora** hubiera estipulado, y
- La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducido proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la **Aseguradora** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado el doble de la prima.

Cláusula 17.6: Cuando solamente uno de los **dependientes** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en la Cláusula 17.3, y la **Aseguradora** hubiese proporcionado cobertura para ese **dependiente** bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:

- La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Aseguradora** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Aseguradora** hubiera estipulado, y
- La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho **dependiente** si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta para dicho **dependiente**. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la **Aseguradora** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado el doble de la prima.

CLÁUSULA 18: AVISO DE PRIVACIDAD

Cláusula 18.1: La **Aseguradora** toma la confidencialidad de la información personal de sus **asegurados** seriamente.

La **Aseguradora** en ocasiones usa los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que puede llevarse a cabo fuera de su jurisdicción en países donde no se ofrece el mismo nivel de protección que el de la **Aseguradora**, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.

Si el **Asegurado Titular** se transfiere a otro seguro de la **Aseguradora** u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la **Aseguradora** compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la **póliza** del **Asegurado Titular**.

La **Aseguradora** podrá compartir la información de los **dependientes** con el **Asegurado Titular**, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de **deducible** cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de **beneficios cubiertos**.

Tanto el formulario de **solicitud de seguro de salud** como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la **Aseguradora** procesa la información personal de los **Asegurados**, y a través de dichos documentos la **Aseguradora** solicita la autorización del **Asegurado Titular** para procesar su información personal, así como la de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Aseguradora** en www.bupasalud.com.

CLÁUSULA 19: QUEJAS

Cláusula 19.1: Apelación de reclamaciones: En caso de un desacuerdo entre el **Asegurado Titular** y/o sus **dependientes** y la **Aseguradora** sobre esta **póliza** de seguro y/o sus condiciones, el **Asegurado Titular** y/o sus **dependientes** deberán solicitar una revisión del caso al Ejecutivo responsable del Sistema de Atención de Controversias de la **Aseguradora** antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas quejas o apelaciones deben ser presentadas al Ejecutivo responsable del Sistema de Atención de Controversias de la **Aseguradora** en las oficinas de la **Aseguradora**: Bupa Panamá, S. A., ubicadas en P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá. Al recibir la petición, el Ejecutivo responsable determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el Ejecutivo del Sistema de Atención de Controversias notificará al **Asegurado Titular** y/o sus **dependientes** sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

Cláusula 19.2: Las partes se someten a las leyes panameñas así como a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente **contrato**.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramiento si lo consideran conveniente a sus intereses.

El **Asegurado Titular** confiere jurisdicción exclusiva en la República de Panamá para determinar cualquier derecho bajo esta **póliza**. La **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados.

CLÁUSULA 20: JURISDICCIÓN Y ACCIÓN LEGAL

Cláusula 20.1: Esta **póliza** está sujeta a las leyes de la República de Panamá. Cualquier disputa que no pueda ser resuelta por otros medios será considerada por los tribunales correspondientes en la República de Panamá.

Cláusula 20.2: En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza** debido al lenguaje, la versión en español tendrá precedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

Cláusula 20.3: En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

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

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

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.

AMBULANCIA TERRESTRE: Unidad móvil especializada para el transporte de **emergencia** del **asegurado** hacia un **hospital**.

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

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

ASEGURADO TITULAR: La persona solicitante nombrada en la **solicitud de seguro de salud**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

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

ASEGURADORA: Bupa Panamá, S. A., sociedad anónima inscrita al Folio Electrónico Registral 819700 de la sección mercantil del Registro Público y que cuenta con licencia de Seguros emitida por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

BENEFICIOS CUBIERTOS: **Tratamiento** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de la **póliza** Bupa Global Major Medical Health Plan.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que forma parte de la **póliza**, que especifica la **fecha del inicio de vigencia**, el **deducible** contratado, la **suma asegurada**, el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el **Asegurado Titular**, y que además enumera a todas las personas cubiertas por la **póliza** de seguro.

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

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Son aquellas **enfermedades, dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico** o **doctor** legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la **póliza**.

Cuando la **Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas **enfermedades o dolencias** por los que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalente, para recibir el **tratamiento** médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate.

La **Aseguradora** podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

CONTRATANTE: La persona que firma la **solicitud de seguro de salud** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.

CONTRATO: El presente **contrato** celebrado entre la **Aseguradora** y el **contratante**, bajo el cual la **Aseguradora** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que puede debe ser proporcionada por un **técnico de la salud** o **asistente de enfermería**.

CUIDADOS INTENSIVOS: Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los **recién nacidos**.

DEDUCIBLE: La cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario.

DEPENDIENTE: Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y, nombrada en el **Certificado de Cobertura**.

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

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

ENDOSO: Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

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

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

ENFERMEDAD EPIDÉMICA: 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.

ENFERMEDAD PANDÉMICA: Una **enfermedad epidémica** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD): El equipo médico durable (EMD) es equipo médicamente necesario que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un médico, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.

ESPECIALISTA O MÉDICO IDÓNEO: Un cirujano, anesthesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un **médico** general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico** o **doctor** que esté legalmente calificado para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el **tratamiento** sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **enfermedad, dolencia** o **lesión** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE: Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin **signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO: Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un paciente.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la **fecha del inicio de vigencia**.

FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente **año póliza**. La **renovación** ocurre solamente en la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

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

FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA: Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en el **Certificado de Cobertura**.

FONOAUDIÓLOGO: Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.

HOSPITAL O CLÍNICA: Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de **médicos o doctores**, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del **asegurado** a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o dolencia** 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 causado al organismo por una causa externa.

LÍMITE MÁXIMO: Se establece en la **Tabla de Beneficios** como la cantidad máxima acumulada por cada **año póliza** que el **asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado **accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**.

LÍMITE VITALICIO: Se establece en la **Tabla de Beneficios** como la cantidad máxima acumulada de por vida que el **asegurado** podrá tener como protección durante la vigencia de la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales.

MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA: Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.

MÉDICAMENTE NECESARIO: El **tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por la **Aseguradora** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **tratamiento** de una **enfermedad, dolencia o lesión**. 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, un **enfermero(a)** privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, **tratamiento** del **asegurado**; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

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

NUTRICIONISTA: Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA: Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

PACIENTE AMBULATORIO: Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital** únicamente durante el día.

PAÍS DE NACIONALIDAD: El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país en el que el **Asegurado Titular** ha manifestado en el formulario de **Solicitud de Seguro de Salud** que mantiene su residencia fija, o en su defecto su país de origen, o el lugar que hubiese informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.

PERÍODO DE ESPERA: Algunos beneficios están sujetos a períodos de espera. Esto significa que 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**.

PERÍODO DE GRACIA: El período de tiempo de 30 (treinta) días calendario después de la **fecha de vencimiento** de pago de la fracción de prima, durante el cual el **asegurado** tendrá derecho a cobertura y al pago de beneficios bajo la **póliza**.

PERÍODO DE SUSPENSIÓN: Periodo de tiempo de 60 (sesenta) días calendario inmediatamente posterior al vencimiento del periodo de gracia en el que se suspenden las coberturas de la **póliza**. Por tanto, la **Aseguradora** no pagará ni reconocerá los beneficios bajo esta **póliza** sobre siniestros ocurridos durante este periodo de suspensión.

PÓLIZA: Su **contrato** de seguro con la **Aseguradora**, incluyendo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, tal como está descrito en la Cláusula 4.3.

PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA: Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nih.ac.uk).

PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA: Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el **tratamiento**.

QUINESIÓLOGO: Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.

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

RED DE PROVEEDORES: **Hospitales y médicos** con los que la **Aseguradora** tiene convenios y donde el **asegurado** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida.

(a) La Red de Proveedores está disponible en la **Aseguradora** o en su página web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

(b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la Red de Proveedores, todo tratamiento, excepto **emergencias**, deberá ser coordinado por la **Aseguradora**.

(c) En los casos en los que la Red de Proveedores no esté especificada en el **país de residencia** del **asegurado**, no existirá restricción sobre los proveedores que el **asegurado** podrá utilizar en su **país de residencia**.

REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA): **Tratamiento** o una combinación de varios **tratamientos** de terapias como física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

RENOVACIÓN: Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado Titular** contrató la **póliza** de seguro.

RESIDENTE: Persona que reside en, o asiste habitualmente a, un país en el que mantiene intereses formales comprobables dentro de su territorio, tales como propiedades inmuebles, participación en empresas u otras inversiones u otras razones laborales o que ha recibido un estatus migratorio temporal o permanente por parte de las autoridades correspondientes del país.

SIGNOS: Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o dolencia** constatadas por el **médico o doctor** tratante.

SÍNTOMA: Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

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

SUMA ASEGURADA: Monto en dólares americanos asignada por **asegurado** y por **año póliza**, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República de Panamá como en el extranjero, por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas bajo la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**. La suma **asegurada** para la reclamación en curso será la suma **asegurada** por **año póliza**, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas, ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la **renovación** de la **póliza**, se establecerá una nueva suma **asegurada** por **asegurado**, por **año póliza**, para los gastos incurridos por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma **asegurada** por **asegurado**, por **año póliza**.

TABLA DE BENEFICIOS: Listado que forma parte de las Condiciones Generales de la **póliza** que incluye los **beneficios cubiertos** y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en el **Certificado de Cobertura**.

TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA: Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) **enfermero(a)**, como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de cuidado asistencial para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL): Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el **tratamiento**.

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

TRATAMIENTO: Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **lesión, enfermedad o dolencia** con el objeto de que el **asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: **Tratamiento** suministrado en el **hospital**, consultorio, oficina del **médico o doctor**, o **clínica** para pacientes ambulatorios en donde el **asegurado** no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el **tratamiento**.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición 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.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: **Tratamiento** de una **enfermedad o dolencia** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE: Es el costo máximo que la **Aseguradora** pagará por todos los gastos médicos que se generen por un **tratamiento** médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la **póliza**, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la **Aseguradora** tiene convenidos con los **hospitales** y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el **tratamiento**.

Código: PTY-MM19 Bupa Global Major Medical Health Plan

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número DRLA-011 de fecha 11 de febrero de 2019.

