



Bupa

Guía para Asegurados

PREFERENCIA

BOLIVIA

CONTENIDO

SU SALUD ANTE TODO.....	2
Su cobertura.....	3
USA Medical Services.....	5
SU REEMBOLSO.....	6
TABLA DE BENEFICIOS.....	8
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	12
GLOSARIO.....	24

SU SALUD ANTE TODO

¿Ha pensado alguna vez qué sucedería con su familia, su carrera profesional y su situación financiera, si usted contrajera una enfermedad inesperada? Es nuestra experiencia que enfermedades de largo plazo pueden tener serias consecuencias de orden financiero y social.

Bupa Insurance Bolivia S.A. (Bupa) le garantiza poner su salud por encima de todo, ofreciéndole a usted el mejor plan de seguro médico a la medida y aconsejándole en aspectos de salud y bienestar.

BUPA: UNA COMPAÑÍA EN LA QUE USTED PUEDE CONFIAR

Hemos construido una red global de socios de negocios, oficinas locales y consultores médicos de renombre. Como compañía europea, estamos regulados por los estrictos estándares establecidos tanto por las leyes sobre contratos de seguro como por las autoridades de supervisión europeas. Nuestra compañía en Bolivia se encuentra autorizada por la Autoridad de Supervisión del Sector Financiero (ASFI).

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. forma parte de Bupa, una organización mundial de seguros de salud con más de 70 años de experiencia en el cuidado de las necesidades de salud de expatriados, nacionales, y sus familias alrededor del mundo. Como asociación previsor, Bupa no tiene accionistas, y las ganancias son reinvertidas para ofrecer a nuestros clientes mejores servicios de salud.

SU COBERTURA

Bupa pone a su alcance Preferencia, un plan diseñado especialmente para residentes en Bolivia que buscan un alto nivel en cuidados de salud y servicios médicos. Con Preferencia, a usted le será fácil utilizar servicios hospitalarios de calidad y atención médica especializada cuando más lo necesite. Con Preferencia, usted puede vivir tranquilo sabiendo que, a dónde sea que viajen, usted y su familia contarán con la mejor atención y asistencia médica.

COBERTURA MUNDIAL

Con Preferencia, usted estará protegido en cualquier lugar del mundo. Sin embargo, los tratamientos en el extranjero requerirán ser acordados con anterioridad con la Compañía. De esta manera, Bupa podrá coordinar dicho tratamiento con el hospital o la clínica.

COBERTURA DE POR VIDA

Usted podrá ser asegurado a pesar de la mayoría de las condiciones médicas que haya podido sufrir antes de suscribir el seguro. Sin embargo, a razón de determinadas condiciones, podrá tener que pagar una sobreprima o estar sujeto a una exclusión en su cobertura. Los consultores médicos de Bupa llevarán a cabo una evaluación de su caso, y decidirán las condiciones de su póliza de seguro.

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

No existen restricciones con respecto a su profesión o sus aficiones o al tipo de deportes que usted practica, aún a nivel profesional.

Preferencia es un plan médico amplio que incluye beneficios de servicios hospitalarios, partos, cirugías, y demás beneficios ambulatorios.

El plan médico también cubrirá sus gastos de transporte de emergencia en ambulancia aérea al lugar de tratamiento adecuado más cercano, si usted sufre una enfermedad aguda seria o una lesión grave, y no existe un centro local de tratamiento calificado.

Además, usted tiene la posibilidad de aumentar su cobertura con un plan de viajes.

SUMAS ASEGURADAS

Para cada año de póliza, existe una cobertura máxima por asegurado. Preferencia no tiene un límite máximo de por vida; y la suma asegurada total se renueva a cada año de póliza, independientemente del número de reclamos que hayan sido presentados.

La suma asegurada anual es de US\$500.000, por persona y por año de póliza.

ELECCIÓN DE DEDUCIBLE

Usted es libre de elegir cualquiera de las siguientes cuantías de deducible: US\$500, 1.000, 2.000, 5.000 o 10.000. Se aplica sólo un deducible por persona y por año de póliza, el cual cuenta para todos los servicios. El nivel de la prima está determinado también por el deducible elegido: cuanto más alto sea el deducible, más baja será la prima.

COASEGURO

El coaseguro es la parte de los gastos médicos que usted debe pagar por cada hospitalización en los Estados Unidos y en Canadá. Después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos, Bupa reembolsará el 90% de los gastos.

Ningún coaseguro será cobrado en relación con gastos por concepto de maternidad.

FLEXIBILIDAD

Muchos años de experiencia en los mercados internacionales nos han enseñado que las demandas de cobertura varían de persona a persona. Por consiguiente, nosotros le ofrecemos la flexibilidad de elegir la cobertura que se adapta a sus propias necesidades de la mejor manera posible. Este folleto le presenta el plan médico Preferencia.

Todas las pólizas de seguro ofrecidas por la Compañía brindan cobertura internacional. Preferencia se concentra en tratamientos en Bolivia. Si usted requiere cobertura completa internacional con gusto le informaremos sobre nuestro plan Premier 1, el cual le ofrece una cobertura máxima anual de US\$1.500.000, con límites apropiados a los tratamientos en el extranjero.

Para una descripción completa de la cobertura del plan médico Preferencia, véanse la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura y las Condiciones Generales de la Póliza

SERVICIOS EN LÍNEA

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

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

USA MEDICAL SERVICES

Una de las ventajas de ser cliente de Bupa es nuestro propio centro de asistencia del seguro médico, USA Medical Services. Nuestros empleados se encuentran a su disposición las 24 horas del día, los 365 días del año.

NUESTRO CENTRO DE ASISTENCIA LE OFRECE:

- Asistencia en caso de enfermedad y situaciones de emergencia, incluyendo la administración de evacuaciones médicas.
- Asistencia en los aspectos prácticos de una hospitalización.
- Orientación para seleccionar el lugar de tratamiento adecuado. Sólo necesita hacernos llegar la información médica sobre el diagnóstico recibido, en base al cual nosotros le enviaremos información sobre lugares de tratamiento apropiados, en el lugar del mundo donde usted desee.
- Acceso a consultores del cliente calificados que tienen vasta experiencia y le pueden ayudar a evitar o reducir gastos médicos innecesarios y sobrecargos.
- Guía y consejos para planear estadías en el extranjero.
- Acceso a redes nacionales y mundiales de médicos, clínicas y hospitales, y empresas de transporte médico, etc.

La tarea de nuestro cuerpo de consultores médicos es aconsejarle, si usted cayera enfermo; y asegurarle un tratamiento ágil y apropiado. Por tal motivo, el cuerpo de consultores médicos ha sido minuciosamente conformado con dieciocho doctores.

Nosotros estamos a menudo en contacto con clínicas y hospitales: antes, durante y después del transcurso del tratamiento; y recibimos muchas preguntas en relación con tratamientos rutinarios y hospitalizaciones. Es, entonces, cuando la experiencia y los conocimientos —con los que cuentan tanto nuestras enfermeras, y doctores tal como nuestros coordinadores médicos— pueden contribuir a un diálogo rápido y efectivo.

USA Medical Services tiene acceso a nuestros sistemas de registro de pólizas y de servicio, y coopera de cerca con el equipo de servicio que administra su póliza; y esto significa que la solución que nosotros le entregamos se adapta justo a su situación. Además, nosotros les ofrecemos servicio a nuestros propios clientes, y tenemos un gran conocimiento sobre cada uno de los productos de seguro. Por tal razón, tomamos las decisiones correctas, rápidamente. USA Medical Services es su línea directa con los expertos médicos.

SU REEMBOLSO

PERÍODO DE ESPERA

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

- Si transfiere su seguro de otro plan médico internacional equivalente directamente a Bupa, no se aplicará el período de espera de cuatro semanas.
- El período de espera para embarazo y maternidad es de diez meses.

REEMBOLSOS

Antes de que los reembolsos puedan hacerse pagaderos, el deducible que usted haya elegido deberá ser aplicado en su totalidad. Por consiguiente, los gastos médicos objeto del reembolso serán pagados en primer lugar sobre el deducible, observándose las tarifas máximas vigentes. Los reembolsos subsiguientes le serán pagados de conformidad con la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura. En caso de que la hospitalización tenga lugar en los Estados Unidos o en Canadá, el coaseguro será deducido del reembolso.

TRATAMIENTO EN BOLIVIA

Para obtener compensación por cualquier tratamiento recibido en Bolivia, usted deberá asegurarse de que las facturas médicas, una vez superado el importe del deducible, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con el número del NIT 158270027.

En caso de una hospitalización y al ser notificados de antemano, enviaremos una Garantía de Pago al hospital; y las facturas le serán pagadas directamente al mismo.

TRATAMIENTO FUERA DE BOLIVIA

Los tratamientos en el extranjero requerirán ser acordados con anterioridad con la Compañía. Solo deberá comunicarse con la oficina de Bupa en Santa Cruz y ellos le informarán del procedimiento a seguir. De esta manera, Bupa podrá coordinar dicho tratamiento con el hospital o la clínica.

TABLA DE BENEFICIOS

Código: 201-934725-2008 09 002

VÁLIDA A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2009

Tanto la Tabla de Beneficios como los Límites de la Cobertura son partes integrantes de las Condiciones Generales de la Póliza.

Las palabras escritas en cursiva en la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura y en las Condiciones Generales de la Póliza son “términos definidos”; es decir, términos específicos de especial relevancia para su cobertura. Por favor, revise el significado de los mismos en el Glosario que se encuentra al final de esta misma Guía de Producto.

ÍNDICE

- ART. 1** Deducible
- ART. 2** Tratamiento fuera de Bolivia
- ART. 3** Cobertura máxima
- ART. 4** Hospitalización
- ART. 5** Maternidad
- ART. 6** Tratamiento ambulatorio en hospital/clínica
- ART. 7** Rehabilitación prescrita
- ART. 8** Transporte de emergencia
- ART. 9** Tratamiento ambulatorio
- ART. 10** Seguros suplementarios

GLOSARIO

ART. 1 DEDUCIBLE

- 1.1:** Una vez que los gastos reembolsables hayan sobrepasado el deducible, procederemos al reembolso de los gastos observándose los límites expuestos a continuación.
- 1.2:** El deducible se aplica por persona y por año de póliza a todos los beneficios incluyendo los de maternidad y los de servicios fuera de una hospitalización. En caso de accidente grave, no se tendrá en cuenta el deducible para el período de la primera hospitalización.

ART. 2 TRATAMIENTO FUERA DE BOLIVIA

- 2.1:** Tratamiento fuera de Bolivia debe ser preaprobado por la Compañía.

ART. 3 COBERTURA MÁXIMA

- 3.1:** Cobertura máxima de US\$500.000 por persona y por año de póliza.

ART. 4 HOSPITALIZACIÓN

- 4.1:** Los gastos de tratamiento en que se incurra durante una hospitalización se reembolsarán al 100%, una vez aplicado el deducible y hasta los siguientes límites.
- 4.2:** Hospitalizaciones que tengan lugar en los Estados Unidos o en Canadá están además sujetas a coaseguro, lo cual significa que, después de ser aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos, la Compañía reembolsará el 90% de los gastos adecuados.
- 4.2.1:** El coaseguro se aplica a todas las hospitalizaciones en los países antes citados. El coaseguro no se aplica a los tratamientos que no sean efectuados durante una hospitalización.
- 4.3:** Beneficios de hospitalización:

a)	Habitación privada/semiprivada, por día, por un máx. de 240 días consecutivos	US\$475
b)	Habitación en cuidados intensivos, por día, por un máx. de 180 días consecutivos	US\$1,185
c)	Cirugía	100%
d)	Honorarios de anestesista	100%
e)	Tratamiento médico, análisis de laboratorio, radiografías	100%
f)	Tratamiento con medicamentos durante la hospitalización	100%
g)	Tratamiento de quimioterapia/medicina y radiación por Cáncer y tratamiento de diálisis por Insuficiencia Renal	100%
h)	Prótesis, dispositivos de corrección, y artículos médicos que son médicamente requeridos e implantados durante cirugía	100%
i)	Trasplante de órganos; máx. por diagnóstico y curso de tratamiento, todo incluido Solamente se cubren trasplantes de órganos humanos. La obtención del órgano deberá ser preaprobada por la Compañía	US\$250,000
j)	Tratamiento odontológico de emergencia debido a un accidente grave que requiera hospitalización; siempre y cuando tal tratamiento tenga lugar durante los 30 días posteriores a la hospitalización respectiva. En caso de duda, se deja la decisión a cargo del consultor odontológico de la Compañía	100%

ART. 5 MATERNIDAD

5.1:

Parto normal, parto complicado y cesárea electiva; tratamientos pre y postnatales, inclusive	US\$3,250
Cesárea médicamente prescrita; tratamientos pre y postnatales, inclusive	US\$4,500
Parto como consecuencia de tratamiento de fertilidad. Tratamientos pre- y post-natales no se encuentran cubiertos Niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad no serán cubiertos automáticamente, y deberá presentarse una solicitud a nombre suyo	US\$2,500

5.2: El deducible elegido deberá ser deducido de las tarifas máximas de reembolso por maternidad. Sólo se aplicará un deducible por maternidad. No aplica el coaseguro.

ART. 6 TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITAL/CLÍNICA

6.1: Los gastos de tratamiento en hospital/clínica en que se incurra fuera de una hospitalización se reembolsan al 100%, una vez aplicado el deducible y hasta los siguientes límites.

6.2: Beneficios de tratamiento ambulatorio en hospital/clínica:

a)	Cirugía ambulatoria en hospital o clínica	100%
b)	Exámenes prequirúrgicos de preparación para la anestesia en relación con una cirugía planeada	100%
c)	Tratamiento en urgencias debido a accidente o enfermedad agudos	100%
d)	Tratamiento de quimioterapia/medicina y radiación por Cáncer y tratamiento de diálisis por Insuficiencia Renal	100%

ART. 7 REHABILITACIÓN PRESCRITA

7.1:

Rehabilitación médicamente prescrita y que requiera ingreso en un centro autorizado de rehabilitación en relación con una hospitalización por accidente o enfermedad grave Máx. por día todo incluido Máx. 30 días por diagnóstico	US\$130
--	---------

7.2: Rehabilitación debe ser preaprobada por la Compañía

ART. 8 TRANSPORTE DE EMERGENCIA

8.1:

Transporte al hospital en ambulancia local por tierra	US\$1,500
---	-----------

8.2: Transporte en ambulancia aérea a una locación apropiada en caso de enfermedad grave y aguda o una lesión grave. El transporte se hará al lugar de tratamiento apropiado más cercano y sólo en caso de no existir un lugar de tratamiento adecuado en la zona local.

8.2.1:

El beneficio máximo por año de póliza es de	US\$25,000
---	------------

8.2.2: El servicio de ambulancia aérea debe ser preaprobado por la Compañía.

ART. 9 TRATAMIENTO AMBULATORIO

9.1: Los gastos ocasionados por concepto de tratamiento ambulatorio se reembolsan una vez aplicado el deducible y hasta los siguientes límites:

a)	Médicos, máx. por consulta	US\$50
b)	Especialistas, máx. por consulta	US\$60
	Intervención quirúrgica en consultorio, hasta máx.	US\$215
c)	Fisioterapia/Osteopatía, incluido el tratamiento, máx. por consulta	US\$35
Máx. 30 consultas de médicos, especialistas o fisioterapeutas/osteopatas, por año de póliza		
d)	Chequeo general, máx. por año de póliza, todo incluido	US\$100
e)	Ecocardiografía, ultrasonido, etc; máx. por examen	US\$500
f)	Escán, p.ej. IRM, máx por escán	US\$550
g)	TAC, ecocardiografía, máx. por examen	US\$575
h)	Endoscopia; p.ej., gastroscopia, colonoscopia, cistoscopia, máx. por examen	US\$550
i)	Radiografías, máx. por examen	US\$375
j)	Análisis de laboratorio, máx. por examen	US\$250

9.2: Los gastos ocasionados por concepto de tratamiento ambulatorio deben ser realizados y prescritos por un médico colegiado y registrado.

ART. 10 OPCIÓN SUPLEMENTARIA

Viaje (no se incluye automáticamente)	
Suma asegurada anual	US\$300,000
Cobertura de enfermedad o lesión inesperada al viajar fuera de su país de residencia	
Acompañamiento de pariente cercano	
Repatriación en caso de enfermedad grave e inesperada de un pariente cercano	
Sin deducible	

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Código: 201-934725-2008 09 002

VÁLIDAS A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2009

De conformidad con la Ley de Seguros en Bolivia.

- ART. 1** Aceptación del seguro
- ART. 2** Cuándo entra en vigor el seguro
- ART. 3** Períodos de espera en relación con contratos de seguro
- ART. 4** Quién está cubierto por el seguro
- ART. 5** Dónde es efectiva la cobertura
- ART. 6** Qué cubre el seguro
- ART. 7** Cobertura de Ambulancia Aérea
- ART. 8** Excepciones a la compensación
- ART. 9** Cómo presentar una reclamación
- ART. 10** Cobertura por terceras partes
- ART. 11** Pago de la prima
- ART. 12** Información necesaria para la Compañía
- ART. 13** Cesión, cancelación y cese
- ART. 14** Confidencialidad y protección de datos personales
- ART. 15** Litigios, fuero, etc.

GLOSARIO

ART. 1 ACEPTACIÓN DEL SEGURO

- 1.1:** Bupa Insurance (Bolivia) S.A., de aquí en adelante denominada la Compañía, decidirá si el seguro puede aceptarse. Para que el seguro se acepte, y la responsabilidad de la Compañía sea efectiva, la solicitud debe haber sido aprobada por la Compañía; y la prima correspondiente deberá también haber sido pagada en favor de la misma.
- 1.2:** Para que el seguro sea aceptado por la Compañía, debe presentarse una solicitud antes de cumplir los setenta y cinco (75) años. La Compañía se reserva el derecho, en casos excepcionales, de renunciar a este requisito.
- 1.3:** Para que el seguro pueda ser ofrecido por la Compañía bajo las condiciones generales, el solicitante debe gozar de buena salud al momento de la aceptación y no sufrir ni haber sufrido ninguna enfermedad o trastorno recurrente, ni lesión o debilidad física.
- 1.3.1:** En caso de no cumplirse las condiciones del Art. 1.3, la Compañía tiene la posibilidad de ofrecer el seguro bajo condiciones particulares. En caso de que la Compañía decida ofrecer el seguro bajo condiciones particulares, el titular del seguro recibirá una póliza de seguro confirmando las mismas.
- 1.4:** En caso de que el estado de salud del solicitante cambie después de la firma de la solicitud y antes de la aceptación de ésta por parte de la Compañía, el solicitante está obligado a comunicarle de inmediato a la Compañía tal cambio.
- 1.5:** En cuanto a discrepancias en la póliza, la Compañía se regirá de acuerdo al art. 1013 del Código de Comercio.

ART. 2 CUÁNDO ENTRA EN VIGOR EL SEGURO

- 2.1:** El seguro entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de la Compañía. La fecha de inicio se estipula en la póliza de seguro. La Compañía podrá convenir otra fecha de inicio con el titular del seguro.
- 2.2:** Este seguro entrará en vigor a las 12.01 a.m. hora boliviana en la fecha de inicio que se estipula en la póliza de seguro. Terminará, sujeta al período de gracia, a las 12.01 a.m. hora boliviana en la fecha de aniversario de la póliza.

ART. 3 PERÍODOS DE ESPERA EN RELACIÓN CON NUEVOS CONTRATOS DE SEGURO

- 3.1:** Al celebrarse un nuevo contrato de seguro, el derecho de compensación no entrará en vigor hasta cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio del seguro. Sin embargo, el período de espera no se aplica cuando el asegurado pueda probar la transferencia simultánea de un seguro equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.
- 3.1.1:** El derecho de compensación en caso de enfermedades graves y agudas, así como en el de lesiones graves, será efectivo a partir de la fecha de inicio del seguro.

- 3.1.2:** En los casos de embarazos y partos, así como en los de sus secuelas, el derecho de compensación sólo entrará en vigor después de diez (10) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.2:** El asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura con efecto a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un mes de antelación a la Compañía y sujeto a prueba de asegurabilidad, conforme al Art. 1.
- 3.3:** La Compañía tramitará una extensión de la cobertura como una nueva solicitud, de conformidad con el Art. 1.

ART. 4 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO

- 4.1:** El seguro cubre a cada asegurado nombrado en la póliza de seguro, incluyendo a los niños registrados en la misma.
- 4.2:** Dos niños menores de diez (10) años por familia podrán estar asegurados gratuitamente, si se cumplen los requisitos para la aceptación bajo las condiciones generales de conformidad con el Art. 1.3.
- 4.2.1:** La cobertura gratuita para los niños estará sujeta además a lo siguiente:
- a) que el niño esté registrado en la Compañía;
 - b) que uno de los asegurados goce de la patria potestad del niño; y
 - c) que el niño esté registrado en el mismo domicilio que el asegurado que ostenta la patria potestad sobre el niño.
- 4.3:** Una solicitud deberá ser presentada por cada recién nacido.
- 4.3.1:** Si el seguro de uno de los padres ha estado en vigor durante diez (10) meses, como mínimo, los recién nacidos de los padres cubiertos podrán asegurarse, sin perjuicio del Art. 1.3, sin que sea necesario presentar una solicitud, a excepción de lo estipulado en el Art. 8.2 h). Sin embargo, una copia del certificado de nacimiento deberá ser presentado dentro de un término de tres (3) meses a partir de la fecha del nacimiento. Si la Compañía no recibe tal certificado dentro del plazo prescrito, el recién nacido deberá seguir el procedimiento de admisión habitual; conforme al Art. 1.
- 4.3.2:** En caso de adopción, el asegurado deberá presentar una Declaración de Salud por el niño adoptado.
- 4.4:** Medicamentos con mecanismo de acción especial diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones genéricas o de casa comercial disponible

ART. 5 DÓNDE ES EFECTIVA LA COBERTURA

- 5.1:** El seguro ofrece cobertura en todo el mundo, salvo pacto en contrario estipulado en la póliza de seguro. Llamamos su atención a las disposiciones del Art. 9.3.1

ART. 6 QUÉ CUBRE EL SEGURO

- 6.1:** El seguro cubrirá los gastos médicos del asegurado, de acuerdo con la cobertura elegida, y observándose las tarifas de reembolso correspondientes. La Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura formarán parte integrante de las Condiciones Generales de la Póliza.
- 6.2:** Se otorgará la compensación, una vez que la Compañía haya aprobado que los gastos estén cubiertos por el seguro y previa presentación de un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente relleno y acompañado de las facturas originales y especificadas, así como de los recibos de pago.
- 6.3:** Cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual, el importe reembolsable será pagado. El deducible se reducirá con importes que no excedan las tarifas máximas especificadas en la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura válida. El deducible se aplicará por persona y por año de póliza. Cada hospitalización en Estados Unidos y en Canadá está sujeta a un coaseguro. Cuando se hayan agotado tanto el deducible como los límites específicos aplicables, la Compañía reembolsará el 90% de los gastos adecuados.
- 6.3.1:** En caso de un accidente grave, no se aplican ni el deducible ni el coaseguro para el período de la primera hospitalización.
- 6.4:** Los tratantes, bien médicos, especialistas, etc., deben tener una autorización en el país donde ejercen su profesión. Además, el método de tratamiento deberá estar aprobado y ser considerado como apropiado para el diagnóstico en cuestión por parte por las autoridades de sanidad pública del país de tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, sólo serán cubiertos con la previa aprobación de los consultores médicos de la Compañía.
- 6.5:** En ningún caso, el importe de la compensación excederá el monto de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la Compañía que excede el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la Compañía la suma excedente; en caso contrario, la Compañía deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y la Compañía.
- 6.6:** El pago de la compensación estará limitado a los precios habituales, razonables y de costumbre, para el área o el país donde se efectúe el tratamiento.
- 6.7:** Cualquier descuento que sea negociado directamente entre la Compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la Compañía para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo el mismo producto.
- 6.8:** Cualquier pago extraordinario se dejará al arbitrio de la Compañía. Si la Compañía efectúa un pago que no le corresponde por derecho al asegurado, de acuerdo con las condiciones estipuladas en su póliza, el mismo será aplicado a la cobertura máxima anual del asegurado.

ART. 7 COBERTURA DE AMBULANCIA AÉREA

- 7.1:** La cobertura de Ambulancia Aérea estará también sujeta a las condiciones que se citan a continuación:
- 7.1.1:** La cobertura máxima del seguro de Ambulancia Aérea se estipula en la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura.
 - 7.1.2:** Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por el asegurado por concepto de transporte en ambulancia aérea, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión grave. El transporte se hará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.
 - 7.1.3:** Los gastos para un transporte en ambulancia aérea cubierto por el seguro, pero que no haya sido organizado por la Compañía, solamente estarán compensados con un importe equivalente a los gastos en los cuales la Compañía hubiera incurrido, si ella misma hubiera organizado el transporte.
 - 7.1.4:** La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la Compañía se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al asegurado, así como también sobre el lugar al que el asegurado debe ser transferido, ya sea a su país de residencia, al país de origen, o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.
 - 7.1.5:** El seguro cubrirá los gastos razonables y necesarios por concepto de transporte incurridos por una persona acompañando al asegurado.
 - 7.1.6:** Se cubrirá, como máximo, un transporte en el transcurso de una enfermedad.
 - 7.1.7:** La cobertura de Ambulancia Aérea será efectiva únicamente si la enfermedad está cubierta por el seguro.
 - 7.1.8:** Si el asegurado ha sido transportado hacia un lugar de tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del asegurado y de la persona acompañante, si la hubiera, hasta el domicilio del asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica.
 - 7.1.9:** En caso de que el asegurado haya alcanzado la fase terminal, después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se les reembolsarán a él(ella) y a la persona acompañante, si la hubiera, los gastos de regreso al lugar de residencia del asegurado.
 - 7.1.10:** La Compañía no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones ajenas a la Compañía.

ART. 8 EXCEPCIONES A LA COMPENSACIÓN

- 8.1:** El seguro no cubrirá los gastos médicos relacionados con una enfermedad o lesión ya conocida por el titular del seguro y/o por el asegurado a la hora de solicitar el seguro, a menos que haya sido aprobado de antemano por la Compañía.
- 8.2:** Además, la Compañía no será responsable de la compensación de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de:
- a) todo tratamiento y cirugía estética, a no ser que hayan sido médicamente prescritos y aprobados por la Compañía;
 - b) operaciones por obesidad; a no ser que hayan sido aprobadas por la Compañía;
 - c) enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo). No obstante, se cubrirán las enfermedades relacionadas con el SIDA y los anticuerpos VIH (seropositivo) en el caso de que hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio del seguro, o en el caso de un accidente ocurrido bajo un trabajo normal. El asegurado deberá, no obstante, informar a la Compañía de tal accidente antes de transcurridos catorce (14) días y entregar un test de anticuerpos VIH negativo;
 - d) abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
 - e) lesión física que uno se infiera intencionadamente;
 - f) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;
 - g) aborto provocado, a no ser que sea prescrito por un médico;
 - h) todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales, inseminaciones o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello, incluyendo los gastos de embarazo, tratamientos pre y postnatales del(de los) niño(s) recién nacido(s). Por consiguiente, para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad y/o nacidos de una madre sustituta, siempre se deberá presentar una solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Art. 1;
 - i) tratamientos de disfunción sexual;
 - j) cualquier forma de cuidado experimental o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estancias o tratamientos en establecimientos para cuidados de larga duración, balnearios, clínicas de reposo e instituciones similares;
 - k) tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos, y otros métodos de tratamiento alternativo;
 - l) exámenes médicos de rutina a no ser que estén especificados en la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura, incluyendo vacunaciones, inyecciones, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para empleo o viaje;
 - m) tratamiento por enfermedades durante la prestación del servicio militar;
 - n) tratamiento por enfermedades o lesiones causadas directa o indirectamente durante la participación activa en:

- guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, surrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas, con o sin declaración de guerra;
- o) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;
 - p) tratamiento realizado por el asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a, o relacionada con cualquiera de las personas citadas;
 - q) epidemias sujetas a la gestión de las autoridades públicas;
 - r) tratamientos realizados por psicólogos o psiquiatras;
 - s) medicamentos –bien sean suministrados mediante inyección o de otra manera–, artículos médicos y equipos auxiliares que no hayan sido suministrados durante una hospitalización a no ser que estén especificados en la Tabla de Beneficios y Límites de la Cobertura;
 - t) hospitalización, si el objeto único de la misma es la administración de medicamentos y si el tratamiento podía llevarse a cabo durante un tratamiento ambulatorio en clínica u hospital.
 - u) actos negligentes, las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

ART. 9 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

- 9.1:** El Asegurado o beneficiario, según el caso, tienen la obligación de facilitar, a requerimiento de la Compañía, todas las informaciones que tengan sobre los hechos y circunstancias del siniestro, a suministrar las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, así como permitir las indagaciones pertinentes necesarias a tal objeto. Se deberá enviar a la Compañía un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente relleno para cada una de las reclamaciones. Dicho formulario deberá ser relleno y firmado por el médico tratante e ir acompañado de las facturas oficiales, originales y especificadas, y de los recibos por concepto del tratamiento efectuado. Las facturas y los recibos deben estar denominados en la moneda del país donde el tratamiento haya tenido lugar. Las fotocopias no serán consideradas como documentación válida.
- 9.2:** Se deberá enviar prueba de la reclamación por escrito a la Compañía de inmediato y a más tardar treinta (30) días después del incidente cubierto por el seguro y objeto de la reclamación.
- 9.2.1:** La Compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información y evidencia solicitada. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo del plazo. El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de la Compañía al Asegurado que se complementen mayores requerimientos y no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales

requerimientos. La solicitud de complementos por parte de la Compañía no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del Asegurado, después de la entrega por parte del Asegurado del último requerimiento de información. El silencio de la Compañía, vencido el término para pronunciarse o vencidas las solicitudes de complementación, importa la aceptación del reclamo.

9.2.2: Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la Compañía deberá notificarse en el término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe de la compensación. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, salvo exista fuerza mayor o impedimento debidamente justificado, el Asegurado tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

9.3: Toda hospitalización deberá comunicarse de inmediato a la Compañía, y deberá indicarse el diagnóstico establecido por el médico. Toda notificación deberá realizarse por teléfono, fax o e-mail. La Compañía reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

9.3.1: Hospitalizaciones fuera de Bolivia deberán ser pre-aprobados con anterioridad por la Compañía, para que la Compañía pueda coordinar dicha hospitalización con el hospital o clínica.

9.3.2: Para su aceptación y recibir reembolso por cualquier tratamiento en Bolivia, una vez superado el deducible, las facturas deberán emitirse a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y presentarse físicamente a la Aseguradora a más tardar el último día hábil del mes en el cual se emitió la factura; caso contrario, la Aseguradora podrá descontar el valor del crédito fiscal IVA del monto total de la misma y el reembolso se hará deduciendo el crédito fiscal IVA.

ART. 10 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

10.1: En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, ello deberá declararse ante la Compañía al solicitar un reembolso.

10.2: Bajo estas circunstancias, la Compañía coordinará los pagos con otras compañías; y la Compañía no será responsable de liquidar un monto mayor al proporcional.

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

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

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

10.6: En todos los casos, la Compañía tendrá el pleno derecho de subrogación.

ART. 11 PAGO DE LA PRIMA

- 11.1:** Las primas serán determinadas por la Compañía, y deberán pagarse por adelantado. La Compañía ajustará las primas una vez al año, a la fecha de aniversario de la póliza, con base en los cambios del año calendario anterior en las coberturas y/o en la evolución de siniestros de la clase de seguro que corresponda.
- 11.2:** La prima se cotiza según la edad del asegurado; y, por lo tanto, también será ajustada en la primera fecha de vencimiento de la prima después de la fecha de cumpleaños del mismo.
- 11.2.1:** Cuando un niño cumpla diez (10) años, una prima proporcional será cobrada a la fecha de renovación previa a la fecha en la que el menor cumpla los diez (10) años.
- 11.3:** La prima inicial será pagadera a la fecha de inicio de la póliza. El titular del seguro podrá elegir entre pagos anuales, semestrales o trimestrales.
- 11.4:** En caso de que el asegurado opte por pagos semestrales o trimestrales y un siniestro ocurra antes del pago total de la prima anual, la Compañía descontará del reembolso el monto total de la prima anual.
- 11.5:** Los cambios del término de pago podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.
- 11.6:** Se concederá un plazo extraordinario de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento para el pago de la prima.
- 11.7:** El titular del seguro será responsable del pago puntual a la Compañía; y si la prima no obra en poder de la Compañía dentro del plazo de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, cesará toda responsabilidad por parte de la Compañía.
- 11.8:** Llamamos su atención sobre las disposiciones del Art. 6.5 acerca del pago de importes pendientes.

ART. 12 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA

- 12.1:** El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicar por escrito a la Compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cambios en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del titular del seguro o de un asegurado. La Compañía no será responsable de las consecuencias, en caso de que el titular del seguro y/o los asegurados hayan omitido notificarle a la Compañía tales sucesos.
- 12.2:** El asegurado también estará obligado a proveerle a la Compañía todas las informaciones accesibles y necesarias para la tramitación, por parte de la Compañía, de las reclamaciones presentadas por el asegurado.
- 12.3:** Asimismo, la Compañía se reservará el derecho de conseguir información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

ART. 13 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE

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

13.2: El seguro se renovará automáticamente a cada fecha de aniversario de la póliza.

13.2.1: La rescisión unilateral por parte del asegurado se regirá de acuerdo a lo estipulado en el Art. 1023 del Código de Comercio y la siguiente tabla de Periodo Corto será aplicada para la devolución de la prima pagada:

Meses de Seguro	Proporción de la prima
1	25%
2	40%
3	55%
4	65%
5	75%
6	80%
7	85%
8	90%
9	95%
10	100%

Se establece que la base del cálculo será la prima base.

En caso de que la Compañía hubiera reembolsado un siniestro por un monto igual o superior al monto de la prima anual, ésta será considerada como prima ganada por la Compañía y no corresponderá devolución alguna.

Se entiende por prima base a la prima comercial menos los impuestos de ley.

Periodo Corto define al cálculo utilizado para la devolución de las primas en caso de cancelación por parte del asegurado del contrato de póliza antes de término.

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

13.4: En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al momento de la suscripción del seguro o posteriormente, hayan dado informaciones incorrectas, el contrato de seguro quedará nulo; y la Compañía quedará exenta de responsabilidad, si la Compañía, de haberse dado la información correcta, no hubiera aceptado la solicitud de seguro. Si la Compañía hubiera aceptado dicha solicitud, pero bajo condiciones particulares, la Compañía será responsable en la misma medida en que se hubiera comprometido en conformidad con la prima convenida.

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

- 13.5:** En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al suscribir el seguro, no supiera ni debiera haber sabido que la información dada era incorrecta, la Compañía será responsable como si la información incorrecta no hubiera sido dada.
- 13.6:** La Compañía podrá detener o suspender un producto de seguro, con previo aviso de tres (3) meses antes de la fecha de aniversario de la póliza, ofreciéndole al asegurado una cobertura de seguro equivalente.
- 13.7:** Con el cese del seguro, cesará al mismo tiempo el derecho de compensación. No obstante, los gastos cubiertos por el seguro, y pagados durante la vigencia del mismo, se tratarán de acuerdo a lo establecido por el Código de Comercio de Bolivia. Las consecuencias de enfermedades y lesiones sufridas durante la vigencia del seguro no estarán cubiertas después del cese del seguro.

ART. 14: CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

- 14.1** La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la Compañía y para todas sus afiliadas. La Compañía toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados muy seriamente. Con este fin, la Compañía cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo (en su caso) las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Toda actividad de tratamiento de datos personales de asegurados por parte de la Compañía se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por estas Condiciones Generales, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.bo.

La Compañía puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales de asegurados. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, incluso en países en donde es posible que no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos, los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales a cargo de ellos, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por conducto nuestro.

Si el titular del seguro se transfiere a otro seguro de la Compañía a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras compañías afiliadas, entonces la Compañía compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza con respecto al titular del seguro y sus dependientes.

La Compañía podrá compartir la información de dependientes asegurados con el titular del seguro por medio del cual los dependientes (actuales o propuestos) que han sido presentados a la Compañía para fines de

incorporarlos bajo los beneficios de cobertura de la póliza de seguro. La información de dependientes antes referida y que puede así ser comparada por la Compañía, incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.

Los asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la Compañía, en www.bupasalud.com.bo.

ART. 15 LITIGIOS, FUERO, ETC.

- 15.1:** Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del arbitraje, de acuerdo a lo previsto en la Ley No 708, Ley de Conciliación y Arbitraje y el procedimiento aplicable será el previsto en el Reglamento de Arbitraje del Centro que administrará el arbitraje. Sin perjuicio de lo anterior, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda (UFV100.000,00). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

GLOSARIO

Este Glosario y las definiciones en él contenida forman parte de las Condiciones Generales de la Póliza.

ACCIDENTE GRAVE: Una lesión grave fortuita que ocurre sin la intención del asegurado y con un impacto externo súbito sobre el cuerpo, causando una lesión demostrable que a su vez haga necesaria una hospitalización inmediata.

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

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

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

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

CONDICIÓN PREEXISTENTE: El historial médico, incluyendo las enfermedades y las condiciones indicadas en la Declaración de Salud, las cuales pueden afectar la decisión de la Compañía de asegurar o no al solicitante, o de imponer condiciones particulares sobre su cobertura.

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

CONDICIONES PARTICULARES: Son las restricciones, limitaciones y condiciones aplicadas a nuestras condiciones generales, como se especifican en la póliza de seguro y que prevalecen sobre las condiciones generales.

CONDICIONES GENERALES: Son las condiciones del seguro de la Compañía, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

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

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

ENFERMEDAD GRAVE Y AGUDA: Se determinará que una enfermedad es grave y aguda después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Compañía.

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

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

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

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

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

LESIÓN GRAVE: Se determinará que una lesión es grave después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Compañía.

NOTIFICACIÓN: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

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

PÓLIZA DE SEGURO: Detalle de la póliza, donde se especifican el tipo de seguro adquirido, la prima anual, el deducible y las condiciones particulares

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

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

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

SOLICITANTE: La persona indicada en el Formulario de Solicitud y en la Declaración de Salud como solicitante del seguro.

SOLICITUD: El Formulario de Solicitud y la Declaración de Salud.

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

TARIFAS DE REEMBOLSO: Cantidades máximas, que serán pagadas en forma de reembolso de gastos médicos durante un año, desde la fecha de inicio o desde cada fecha de aniversario, según se detallan en las Condiciones Generales de la Póliza y la Tabla de Beneficios.

TITULAR DEL SEGURO: Persona identificada como contratante del seguro en el Formulario de Solicitud.

TRABAJO NORMAL: Un trabajo normal según el Art. 8.2. c) incluye solamente las siguientes profesiones: médicos y odontólogos, enfermeras, personal de laboratorio, auxiliares hospitalarios, asistentes médicos y odontológicos, ambulancieros, comadronas, bomberos, policías y carceleros.

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN HOSPITAL/CLÍNICA: Tratamiento en hospital o clínica donde, por cuestiones médicas, el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor de 24 horas.

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo

No. 2005, Edificio Spazio

Oficina 201 - 203

Santa Cruz, Bolivia

Tel. +(591) 3 3424264

www.bupalud.com