



GUÍA DE ACTUALIZACIONES

Bupa Insurance Company

2026

Explicación de los beneficios, exclusiones y definiciones





Individual & Corporate





Hemos esclarecido en la cláusula “Residencia en el país” los escenarios en los que los asegurados pueden residir en Estados Unidos por más de 180 días.

RESIDENCIA EN EL PAÍS

Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que el país de residencia sea los Estados Unidos de América sin importar el tipo de visa emitida al Asegurado o su estado migratorio. Como excepción, asegurados con visa de trabajo, estudio u otra estadía temporal dentro de los Estados Unidos pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones como se establece en la Sección "EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES", siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado permanezca fuera de los Estados Unidos o el Asegurado no reciba una tarjeta de residencia permanente ("Green Card").



Hemos incluido la cláusula “Extensión de Cobertura para Estudiar o Trabajar Temporalmente” para asegurados que residen en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta días.

EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA ESTUDIAR O TRABAJAR TEMPORALMENTE EN EL EXTRANJERO

Asegurados que por motivo de trabajo o estudios temporales deban permanecer en el extranjero por un periodo superior al estipulado en la Sección "RESIDENCIA EN LA PAÍS", podrán solicitar una extensión de la cobertura en el extranjero hasta la vigencia anual de la póliza, renovable por una anualidad adicional a discreción de la Aseguradora, siempre que la residencia permanente del Asegurado se mantenga en el PAÍS DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO. Esta extensión de cobertura y sus condiciones serán aprobadas a discreción de la Aseguradora.

No obstante, la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado si mantiene presencia o residencia en un país distinto al declarado en la solicitud de seguro. Un cambio de país de residencia en este caso podría resultar en cambios en la cobertura, el deducible o la prima según la zona geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

La extensión de la cobertura no aplicará si el Asegurado pierde su condición de estudiante o trabajador temporal y se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América o de cualquier otro país distinto DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o de su estatus migratorio.





Hemos aclarado la exclusión “Exámenes de Rutina y Dispositivos para Ojos y Oídos” para indicar que los exámenes rutinarios de ojos y oídos están excluidos, excepto cuando sean realizados por un especialista durante consultas ambulatorias.

EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS

Exámenes de rutina de ojos y oídos (a excepción de aquellos exámenes que son realizados como parte del protocolo en las consultas ambulatorias de médicos especialistas en otorrinolaringología y oftalmología), dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.



Hemos incorporado la definición de “Suscripción Médica” para explicar los requisitos básicos de elegibilidad dentro de la póliza.

SUSCRIPCIÓN MÉDICA

Proceso interno en que la Aseguradora evalúa el riesgo asociado a la salud del solicitante, a través de una solicitud de ingreso al seguro médico. Este proceso incluye la revisión de la información médica, historial de salud, perfil demográfico, el estilo de vida y otros factores que puedan estar relacionados con las necesidades médicas actuales y/o futuras de los miembros, siendo de manera enunciativa y no limitativa del siguiente análisis: limitación y/o exclusión de coberturas generales y/o particulares de la póliza, y/o rechazar la petición de la cobertura general del solicitante.



Individual





PRODUCTO ESSENTIAL

Mejoramos el límite para los servicios de Ambulancia Aérea.

AMBULANCIA AÉREA

Los servicios de ambulancia aérea ahora están cubiertos hasta un máximo de cincuenta mil dólares estadounidenses **(US\$50,000)**. Se requiere la aprobación previa y la coordinación de la aseguradora para este beneficio.



Hemos refinado el lenguaje para mejorar la claridad de las siguientes cláusulas:

AUTORIDAD

Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus condiciones. Además, usted acepta que su cobertura será determinada únicamente por los términos y condiciones de esta póliza y no por ninguna declaración o representación hecha por el agente. Después de la emisión, ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea aprobado por escrito por un oficial o el Jefe de Suscripción de la Aseguradora y dicha aprobación esté respaldada por una enmienda a la póliza.



CONTRATO COMPLETO CONTRATO CONTROLADO

La póliza, los términos y condiciones, la solicitud, el Certificado de Cobertura y cualquier anexo o enmienda adicional constituyen el acuerdo completo entre las partes y reemplazan todos los acuerdos, pactos y declaraciones previas, sean escritas u orales, relacionadas con el objeto del presente documento. El asegurado principal reconoce que no se ha basado en ninguna declaración o garantía, expresa o implícita, que no sea la expresamente establecida en este documento. La traducción al español se proporciona para la conveniencia del Asegurado. La versión en inglés de esta póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier pregunta o disputa relacionada con esta póliza. Si alguna disposición de esta póliza fuera declarada inválida o inaplicable por cualquier tribunal o entidad administrativa de jurisdicción competente, dicha invalidez o inaplicabilidad no afectará a las demás disposiciones de esta póliza, las cuales permanecerán en pleno vigor y efecto. Si alguna disposición de esta póliza es declarada inválida o inaplicable, pero sería válida o aplicable si se eliminara alguna parte de la disposición, la disposición en cuestión se aplicará con las modificaciones necesarias para hacerla válida mediante negociación de buena fe y acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora.

CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar, no renovar o rescindir inmediatamente la póliza si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud, o cualquier declaración hecha a la Aseguradora posteriormente, son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara una solicitud cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido una póliza con cobertura restringida o habría declinado proporcionar cobertura.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o modificar la póliza de manera anticipada o de modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, en general y específicamente, si el Asegurado cambia de país de residencia, independientemente de cuántos años haya estado en vigor la póliza.

Durante el término de la póliza, si el país de residencia del Asegurado es o se convierte en los Estados Unidos de América, a entera discreción de la Aseguradora, la póliza puede ser modificada, no renovada o cancelada.





EMISIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza no puede ser emitida ni entregada en los EE. UU., excepto según lo específicamente permitido por las leyes del Estado de Florida. La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el asegurado principal en su país de residencia.

MODALIDAD DE PÓLIZA

Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales sin derecho garantizado de renovación. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la aseguradora autorice otra modalidad de pago.



ELEGIBILIDAD

No hay límite de edad para la cobertura bajo los mismos términos y condiciones de esta póliza para aquellos Asegurados que renuevan una póliza. Esta póliza no puede ser emitida y no está disponible para personas cuyo país de residencia sea los Estados Unidos o que, por cualquier otro motivo, se encuentren físicamente presente en los Estados Unidos de América durante al menos ciento ochenta (180) días, continuos o discontinuos, en un período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o su estatus migratorio.



CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por escrito cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado dentro de un período máximo de treinta (30) días calendario desde su ocurrencia. Los cambios de país de residencia pueden, a entera discreción de la Aseguradora, resultar en la modificación de la cobertura, la no renovación y/o la cancelación de la póliza. Los cambios de país de residencia a los Estados Unidos de América resultarán en la no renovación de la póliza. EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO NO PUEDE SER LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. El incumplimiento de notificar a la Aseguradora cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza, la no renovación o la modificación de la cobertura en la próxima fecha de aniversario, a entera discreción de la Aseguradora.

ARBITRAJE DE RECLAMACIONES, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA AL JURADO

Cualquier disputa, reclamación o desacuerdo (colectivamente "disputa") que no sea resuelto por el Comité de Apelaciones, deberá ser sometido primero a una mediación no vinculante regida por las Reglas de Mediación Internacional del Centro Internacional para la Resolución de Disputas ("ICDR"). El mediador designado deberá tener al menos diez (10) años de experiencia en la industria de seguros de salud. La mediación se llevará a cabo dentro de los sesenta (60) días posteriores a la emisión de la decisión del Comité de Apelaciones. No se podrán iniciar procedimientos de arbitraje o litigio hasta que el Asegurador y el Asegurado participen de buena fe en dicha mediación. Los costos razonables asociados con la mediación serán pagados por el Asegurador siempre que el Asegurado participe de buena fe en la mediación.



APELACIONES DE RECLAMACIONES

En caso de cualquier desacuerdo entre el asegurado y la aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de Bupa Insurance Company antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el asegurado deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. 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 apelaciones deben ser enviadas al coordinador de apelaciones de Bupa Insurance Company, c/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el comité de apelaciones notificará al asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.



SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Tras el pago de cualquier reclamación bajo esta póliza, la Aseguradora tendrá derecho a subrogarse en todos los derechos de recuperación del Asegurado contra cualquier tercero responsable de causar la reclamación. Además, la Aseguradora tendrá el derecho de proceder a su propio costo para buscar la recuperación en nombre del Asegurado, y el Asegurado acepta ceder dichos derechos a la Aseguradora en la medida de los pagos realizados. Esto incluye, pero no se limita a, el derecho a emprender acciones legales, negociar acuerdos y tomar cualquier otra acción necesaria para recuperar el monto pagado bajo esta póliza. El Asegurado se compromete a cooperar plenamente con la Aseguradora, sin costo alguno para la Aseguradora, en el ejercicio de sus derechos de subrogación.



Corporate





Hemos aumentado el límite para los Chequeos Médicos de Rutina por asegurado año póliza.

CHEQUEO MÉDICO DE RUTINA

De **US\$150** a **US\$300** para la Opción 1 de contratación.

De **US\$400** a **US\$600** para la Opción 2 de contratación.

Para la Opción 1 de contratación, hemos incorporado un coaseguro máximo de hasta US\$5,000 por asegurado año póliza y US\$10,000 por familia, aplicable a los servicios ambulatorios.

COASEGURO MÁXIMO

El asegurado es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares estadounidenses (US\$5.000) por año póliza y diez mil dólares estadounidenses (US\$10,000) por familia de gastos aprobados para servicios ambulatorios, después de satisfacer el deducible.



Hemos especificado en la exclusión “Condiciones preexistentes”, que el asegurado debe declarar todas las condiciones requeridas por Bupa.

CONDICIONES PREEXISTENTES

Cualquier condición que no haya sido debidamente declarada al momento de la suscripción médica, cuando sea requerido para la inclusión. En el caso de grupos que deban diligenciar formularios de evaluación médica, los asegurados tendrán la obligación de declarar todo lo solicitado en dicho formulario, con base en ello, Bupa emitirá una condición de aprobación para cada asegurado, especificando si tienen cobertura o alguna limitación y/o exclusión sobre lo declarado.



Hemos incluido los criterios de suscripción en la cláusula “Derecho de transferir a un plan individual”

DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL

En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas, una vez que los Asegurados a título individual dejen de formar parte de la póliza colectiva, podrán contratar un seguro individual disponible al momento de la conversión en el país de residencia indicados en la emisión de la póliza, si cumple con las siguientes condiciones:

- a. La póliza colectiva debe seguir estando activa a la fecha que el Asegurado Titular opte por la conversión.
- b. Los Dependientes del Titular de la póliza tienen derecho a conversión siempre y cuando lo hagan como parte de la póliza del Asegurado Titular. Los Dependientes no pueden tener una póliza de conversión sin que el Asegurado Titular esté asegurado.
- c. Aplica para Asegurados que han estado en la póliza Corporativa contratada con esta Aseguradora de manera continua por 24 meses o más.
- d. El plan individual a contratar debe ser de un deducible igual o mayor y beneficios igual o menor del que tenían con la póliza colectiva.
- e. El Asegurado titular deberá completar una Solicitud de Seguro de Salud Individual dentro de los treinta (30) días continuos posteriores a la fecha de terminación de su póliza colectiva.
- f. Todas las condiciones y/o exclusiones que hayan tenido en la cobertura grupal se mantendrán en la póliza individual que sea aprobada.

