



## BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A.

Tabla de Beneficios - Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores  
Global Elite Health Plan

Código APS No.: 201-9347103-2021 01 027  
Resolución Administrativa APS/DS/N°013/2021

Los términos destacados en **negrilla** en esta **Tabla de Beneficios** corresponden a los términos definidos en las Definiciones y las coberturas están sujetas al Global Health Plan de la presente póliza.

Límites de los beneficios: existen tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

- El “**límite máximo**” – la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada **Asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días– 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 aplican de por vida, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

### Red de proveedores

La **póliza** Global Elite Health Plan ofrece libre elección de proveedores y no está sujeta a la **red de proveedores**.

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Abierta
En el resto del mundo	Abierta

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en la **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 este documento, relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles**, se entenderán referidas en 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 obligatorio 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 las Exclusiones y Limitaciones en este documento 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 del Estado Plurinacional de Bolivia o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

**Límite máximo:** Siete millones de dólares (US\$7,000,000) por **asegurado**, por **año póliza**. Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible** anual obligatorio:

	Dentro del <b>país de residencia</b> :	Fuera del <b>país de residencia</b>
Plan 1	Doscientos cincuenta dólares (US\$250)	Cinco mil dólares (US\$5,000)
Plan 2	Dos mil dólares (US\$2,000)	Dos mil dólares (US\$2,000)
Plan 3	Tres mil quinientos dólares (US\$3,500)	Tres mil quinientos dólares (US\$3,500)
Plan 4	Cinco mil dólares (US\$5,000)	Cinco mil dólares (US\$5,000)
Plan 5	Diez mil dólares (US\$10,000)	Diez mil dólares (US\$10,000)

La **póliza** Global Elite Health Plan ofrece libre elección de proveedores y no está sujeta a la **red de proveedores**.

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Abierta
En el resto del mundo	Abierta

### Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

### Cobertura

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el **hospital**

#### Alojamiento en el hospital y alimentos

La **Aseguradora** pagará los gastos generados por la **hospitalización y tratamiento** hospitalario del **asegurado**, siempre y cuando:

- 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**.

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.

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.

La **Aseguradora** pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.

100% habitación privada

#### Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres acompañantes en el **hospital** donde se encuentra el **asegurado** o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el **hospital**, cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado recibiendo **tratamiento** cubierto por más de 5 noches.

US\$8,000 por **año póliza** a partir del quinto día de hospitalización

#### 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.

100% para una persona

#### Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos

La **Aseguradora** cubrirá los gastos generados por:

- la sala de operaciones,
- la sala de recuperación,
- medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones y en la sala de recuperación, y
- medicamentos y material de curación utilizados mientras el **asegurado** esté internado en el hospital.

En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.

100%

<p><b>Cuidados intensivos</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea <b>médicamente necesario</b> o cuando sea una parte esencial del <b>tratamiento</b>.</p>	100%
<p><b>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la <b>hospitalización</b> cubierta por esta <b>póliza</b>.</p> <p>Los honorarios de <b>médicos</b>, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, <b>especialistas</b> y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean <b>médicamente necesarios</b> durante la cirugía o tratamiento.</p> <p>Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de: (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, (b) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.</p>	100%
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un <b>especialista</b> para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.24 y 4.39 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento</b> suministrado por fisioterapeutas, <b>terapeutas ocupacionales</b>, quinesiólogos, <b>fonoaudiólogos</b> y <b>nutricionistas</b> si se requiere como parte de su <b>tratamiento</b> hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos <b>tratamientos</b> no sean el único motivo de su <b>hospitalización</b> y la <b>enfermedad o dolencia</b> principal se encuentre debidamente cubierta bajo esta <b>póliza</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento</b> cubierto bajo este beneficio durante la <b>hospitalización</b> requerirá autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> 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 los numerales 4.18, 4.28 y 4.49 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
<p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b> La <b>Aseguradora</b> podrá cubrir este <b>tratamiento</b>, sujeto a los criterios siguientes si el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>• Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>• Presenta evidencia documentada y firmada por el <b>médico</b> tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>• Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el <b>asegurado</b> someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%

<p><b>Importante:</b> El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> 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 el numeral 4.49 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p><b>Cirugía preventiva</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Prótesis</b> La <b>Aseguradora</b> pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del <b>tratamiento</b>. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una <b>enfermedad o padecimiento</b> preexistente. La <b>Aseguradora</b> 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 <b>Aseguradora</b>.</p>	100%
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>• para reemplazar válvula cardíaca</li> <li>• para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>• para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>• para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>• para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>• marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>• para remover exceso de líquidos en el cerebro</li> <li>• implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta <b>póliza</b>, la <b>Aseguradora</b> 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.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral.</li> <li>• fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul> <p>Los implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la <b>Aseguradora</b> previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo <b>usual, acostumbrado y razonable</b> que hubiese incurrido la <b>Aseguradora</b>.</p>	100%
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Cirugía reconstructiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> para restaurar la apariencia física del <b>asegurado</b> después de un <b>accidente, enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía. La <b>Aseguradora</b> podrá pagar por la cirugía cuando la <b>enfermedad o dolencia, lesión</b> o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al <b>tratamiento</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Nota:</b> Si el <b>médico</b> del <b>asegurado</b> recomienda <b>tratamiento</b> cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.12 y 4.28 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<b>Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Imagenología avanzada</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>• tomografía computarizada (TC)</li> <li>• tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> <p>Los estudios deberán ser prescritos por el <b>médico o doctor</b> del <b>asegurado</b> como parte del diagnóstico o <b>tratamiento</b> de condiciones cubiertas.</p>	100%

<p><b>Condiciones congénitas</b></p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta <b>póliza</b> es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el <b>asegurado</b> cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra <b>póliza</b> o anexo adicional de la <b>Aseguradora</b>, después de satisfacer el <b>deducible</b> correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el <b>asegurado</b> a los 18 años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$2,000,000 de por vida</p> <p>(b) 100%</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

<p><b>Tratamiento contra el cáncer</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de cualquier <b>tratamiento</b> contra el cáncer una vez que sea diagnosticado, incluyendo trasplante de médula ósea, honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el <b>tratamiento</b> contra el cáncer, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El <b>asegurado</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La <b>Aseguradora</b> 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 el numeral 4.45 de las Exclusiones y Limitaciones.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubre los gastos relacionados con <b>tratamientos</b> o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una <b>prueba clínica registrada</b> y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>	100%
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Servicio de trasplantes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con <b>médicos</b> o <b>especialistas</b> y <b>tratamiento</b> médico cuando el <b>asegurado</b> se encuentre internado en el <b>hospital</b> o como <b>paciente ambulatorio</b>, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• córnea</li> <li>• intestino delgado</li> <li>• riñón</li> <li>• riñón/páncreas</li> <li>• hígado</li> <li>• corazón</li> <li>• pulmón</li> <li>• corazón/pulmón</li> <li>• médula ósea (no relacionado con cáncer)</li> </ul> <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 <b>tratamiento</b> de cáncer.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos del <b>donante</b> para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el <b>donante</b> está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recolección del órgano, ya sea de un <b>donante</b> vivo o muerto,</li> <li>• los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>• los gastos de hospital/operación del <b>donante</b>, y</li> <li>• cualquier complicación del <b>donante</b>, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.11 y 4.36 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	<p>US\$1,500,000 por diagnóstico, de por vida</p>
<p><b>Diálisis renal</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> 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>	<p>US\$1,000,000 de por vida</p>
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b></p> <p>Los costos relacionados con <b>tratamientos</b> derivados de la práctica de <b>actividades y deportes peligrosos</b>, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta <b>póliza</b>.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Autismo</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias). Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p>	<p>US\$30,000</p>

<p><b>Enfermedad de Alzheimer</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los siguientes gastos relacionados con coberturas vitales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta <b>enfermedad</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medicamentos por receta</li> <li>• Nutrición</li> <li>• <b>Cuidado asistencial</b></li> <li>• Consejería familiar</li> </ul> <p>Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 4.39 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	<p>US\$50,000 de por vida</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<b>Tratamiento Ambulatorio</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Cirugía ambulatoria</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	<p>100%</p>

<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un <b>tratamiento</b> médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>• Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 4.24 y 4.39 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	<p>100%</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

<p><b>Honorarios médicos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios por concepto de consulta con <b>especialistas, médicos o doctores</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer un <b>tratamiento</b></li> <li>• Dar seguimiento al <b>tratamiento</b> recibido previamente</li> <li>• Recibir consultas o <b>tratamientos</b> pre y post hospitalarios</li> <li>• Prescribir medicamentos</li> <li>• Efectuar el diagnóstico relacionado con los <b>síntomas</b> manifestados</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 4.16, 4.20 y 4.42 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	<p>100%</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

<p><b>Enfermeros profesionales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos relacionados al cuidado de <b>enfermeros</b> profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea <b>médicamente necesario</b>.</p>	<p>100% máximo 60 visitas</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<p><b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del <b>asegurado</b>.</p>	<p>100% máximo 60 visitas</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<p><b>Terapeutas ocupacionales y ortópticos</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> con <b>terapeutas ocupacionales</b> y ortópticos.</p>	<p>100% máximo 60 visitas</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<p><b>Podología</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con el <b>tratamiento</b> realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del <b>tratamiento</b> prescrito por el <b>médico</b> tratante.</p>	<p>100% máximo 60 visitas</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

<p><b>Terapeutas complementarios</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de acupunturistas y reflexólogos con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota:</b> El <b>tratamiento</b> proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.</p>	100% máximo 60 visitas
<p><b>Consultas medicina alternativa</b> Consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el <b>tratamiento</b>.</p> <p><b>Nota:</b> Si cualquier medicina complementaria o <b>tratamiento</b> es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 4.33 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100% máximo 20 visitas
<p><b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>Aseguradora</b> pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un <b>médico o doctor</b> de forma previa y que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b>.</li> </ul>	<p>Plan 1: hasta US\$5,000 (*); después de US\$5,000 100%</p> <p>Planes 2 al 5: 100%</p>
<p><b>Equipo médico durable</b> La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de la utilización de <b>equipo médico durable</b> y sus componentes, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea prescrito por un <b>médico</b>,</li> <li>• Cumpla con la definición de <b>equipo médico durable</b></li> <li>• Sea notificado a la <b>Aseguradora</b> previamente.</li> </ul> <p>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del <b>equipo médico durable</b>.</p>	100%
<p><b>Asesoría nutricional</b> La <b>Aseguradora</b> pagará por consultas con un <b>nutricionista</b> si la asesoría nutricional está relacionada con una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b>.</p>	100% máximo 4 visitas
<p><b>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU.</b> La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una <b>lesión, enfermedad o dolencia</b> cubierta bajo la <b>póliza</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujeto a un copago de US\$50</li> <li>• No aplica <b>deducible</b></li> </ul>	100%

(\*) Sujeto a 20% de coaseguro por los primeros US\$5,000 (plan 1 solamente)



Salud Mental	Cobertura
<p><b>Salud mental durante la hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados del <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b>, siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b> producto de una <b>enfermedad o dolencia</b> cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el <b>hospital</b>.</p> <p>Cualquier <b>tratamiento psiquiátrico y/o psicológico</b> cuando el <b>asegurado</b> esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> 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 los numerales 4.29, 4.46 y 4.52 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100%

<p><b>Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante la hospitalización</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los gastos derivados de los <b>tratamientos hospitalarios</b> para <b>crisis de ansiedad</b> o <b>crisis psicótica</b> siempre y cuando sea <b>médicamente necesario</b> y los tratamientos se realizan durante la <b>hospitalización</b>. Requiere de autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	US\$50,000 máximo 20 días
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

<p><b>Salud mental en ambulatorio</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará los honorarios en el consultorio del <b>psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.18, 4.19, 4.46, 4.52 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	100% máximo 60 visitas
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

Embarazo y Parto	Cobertura
<p><b>Embarazo/parto – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses):</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> pagará solamente a la <b>Asegurada Titular, Adulto Dependiente, cónyuge o conviviente</b> los gastos derivados del embarazo, parto, <b>complicaciones del embarazo</b>, complicaciones del parto y <b>complicaciones del recién nacido durante el parto</b> hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva <b>asegurada</b>.</p> <p>Esta cobertura no aplica para ninguna otra <b>asegurada dependiente</b>. Para disfrutar de este beneficio, la <b>asegurada dependiente</b> que no sea <b>cónyuge</b> o <b>conviviente</b> deberá optar por una <b>póliza</b> independiente donde sea la <b>Asegurada Titular</b> de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura bajo la póliza original para la respectiva <b>asegurada</b>.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 4.10, 4.16, 4.32, 4.42 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	

<p><b>Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular, Adulto Dependiente, cónyuge o conviviente</b>. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El <b>tratamiento</b> de maternidad y parto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cargos de <b>hospitales</b>, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva,</li> <li>• cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas,</li> <li>• vitaminas requeridas para el embarazo,</li> <li>• examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre)</li> <li>• hasta 7 días de cuidado rutinario para el <b>recién nacido</b></li> </ul>	US\$15,000
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

<p><b>Cesárea médicamente necesaria – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular, Adulto Dependiente o cónyuge o conviviente</b> por gastos de <b>hospital</b>, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica <b>deducible</b>.</p>	US\$15,000
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

<p><b>Tratamiento pre y post natal - Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</b>  Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la póliza, la <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular, Adulto Dependiente, cónyuge o conviviente</b> por los cuidados de maternidad y <b>tratamiento</b> antes y después del parto. No aplica <b>deducible</b>.</p>	Cubierto bajo el beneficio de embarazo
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

<p><b>Complicaciones del embarazo y parto – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá a la <b>Asegurada Titular, Adulto Dependiente, cónyuge o conviviente</b> por los gastos relacionados con cualquier <b>tratamiento</b> que sea <b>médicamente necesario</b> como resultado directo de <b>complicaciones del embarazo</b> o parto. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>Por <b>complicaciones del embarazo</b> o <b>complicaciones del recién nacido durante el parto</b> se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del <b>recién nacido</b>.</p> <p>Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la <b>Aseguradora</b>. La <b>asegurada</b> deberá contactar a la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización previa si es posible. Si requiere <b>hospitalización de emergencia</b> como resultado directo de <b>complicaciones del embarazo</b> o parto, la <b>asegurada</b> deberá comunicarse con la <b>Aseguradora</b> dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.</p>	US\$1,000,000 de por vida
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

<p><b>Incorporación del recién nacido en la póliza</b>  Para que el <b>recién nacido</b> de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta <b>póliza</b> sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el <b>Asegurado Titular</b> deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del <b>recién nacido</b>, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.</p> <p>Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá la presentación de una <b>Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores</b> para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.</p> <p>La incorporación del <b>recién nacido</b> en la <b>póliza</b> queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por <b>complicaciones del recién nacido durante el parto</b> está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “<b>complicaciones del embarazo y parto</b>”.</p> <p>Si el <b>recién nacido</b> nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la <b>póliza</b> cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una <b>Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores</b>, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la <b>Aseguradora</b>. Sin embargo, si alguno de los padres del <b>recién nacido</b> tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta <b>póliza</b>, el <b>recién nacido</b> podrá ser dado de alta en la misma <b>póliza</b> sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o de una maternidad subrogada.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p><b>Transporte y Viajes</b>  <b>Viajes de traslado</b>  La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del <b>asegurado</b> al lugar más cercano en donde pueda recibir <b>tratamiento</b> apropiado, cuando el <b>tratamiento</b> que necesita no está disponible en un lugar cercano.</p>	Cobertura
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

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><b>Repatriación médica</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado para una repatriación médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• al <b>país de nacionalidad</b> o al <b>país de residencia</b> del <b>asegurado</b> según la información que haya proporcionado en su <b>solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores</b>, y</li> <li>• el traslado de regreso al lugar de donde el <b>asegurado</b> fue trasladado en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuando haya sido autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>, y</li> <li>• cuando el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento.</li> </ul> </li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>• el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p>En algunos casos, podrá ser más apropiado que el <b>asegurado</b> 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 <b>Aseguradora</b> pagará la tarifa del taxi.</p> <p>En algunos casos, el <b>asegurado</b> podrá solicitar una repatriación médica comunicándose con la <b>Aseguradora</b> para recibir autorización; sin embargo, esto puede ser médicamente inapropiado. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> primero evacuará al <b>asegurado</b> al lugar apropiado más cercano en donde el <b>tratamiento</b> necesario esté disponible. Una vez que el <b>asegurado</b> esté médicamente estable, la <b>Aseguradora</b> procederá con la repatriación al <b>país de nacionalidad</b> o <b>país de residencia</b> que el <b>asegurado</b> haya especificado.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> no pagará ningún otro costo relacionado con la repatriación, como los costos de traslado al hotel o alojamiento de hotel.</p>	100%
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del <b>asegurado</b> (espos(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La <b>Aseguradora</b> considera como 'necesidad razonable' cuando el <b>asegurado</b> necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesita asistencia para subir o bajar de un transporte,</li> <li>• necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros),</li> <li>• no hay acompañamiento médico disponible, o</li> <li>• en el caso de una <b>enfermedad o dolencia</b> aguda y seria</li> </ul> <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el <b>asegurado</b> que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> 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"> <li>• esto sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>, y</li> <li>• el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del <b>tratamiento</b>.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>• el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	100%
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Costos de alimentación y transporte para acompañante</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• únicamente durante una evacuación, y</li> <li>• por hasta 10 días o hasta el día de alta del <b>asegurado</b>, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del <b>asegurado</b> se encuentre fuera de su <b>país de residencia</b> habitual.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el <b>asegurado</b> reciba <b>tratamiento</b> como <b>paciente ambulatorio</b>.</p>	<p>US\$200 por día; máximo 10 días por <b>año póliza</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

<p><b>Costos de viaje de traslado de niños</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del <b>asegurado</b> sean trasladados junto con el <b>asegurado</b> 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"> <li>• sea <b>médicamente necesario</b> que el <b>asegurado</b> (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado,</li> <li>• el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al <b>asegurado</b>, y</li> <li>• que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado.</li> </ul>	<p>100%</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

<p><b>Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de un familiar cercano del <b>asegurado</b> (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que viva en otro país cuando el <b>asegurado</b> sufra un accidente o <b>enfermedad o dolencia</b> repentina y necesite estar internado en el <b>hospital</b> por lo menos 5 días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso del familiar del <b>asegurado</b> a su país de origen. Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por la <b>Aseguradora</b>.</p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los costos de alimentación y transporte para el familiar del <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durante un viaje de visita compasiva elegible, y</li> <li>• hasta por 10 días mientras el familiar esté fuera de su país de residencia habitual</li> </ul> <p>Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la <b>Aseguradora</b> solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de “Costos de viaje de traslado para un acompañante”, “Costos de viaje de traslado de niños”, y “Costos de alimentación y transporte” descritos bajo en esta <b>Tabla de Beneficios</b>.</p>	<p>US\$1,700 por viaje, máximo 5 viajes de por vida</p> <p>US\$200 por día, máximo 10 días por <b>año póliza</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Ambulancia aérea local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un accidente o centro de esquí al <b>hospital</b>, o</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro</li> </ul> <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria,</li> <li>• utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul> <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la <b>Aseguradora</b>. La <b>Aseguradora</b> se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	<p>100%</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

<p><b>Ambulancia terrestre local</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al <b>asegurado</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un <b>accidente</b> al <b>hospital</b>,</li> <li>• para el traslado de un <b>hospital</b> a otro, o</li> <li>• de su casa al <b>hospital</b></li> </ul> <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>médicamente necesaria</b>, y</li> <li>• relacionada al <b>tratamiento</b> cubierto y que el <b>asegurado</b> necesite recibir en el <b>hospital</b></li> </ul>	100%
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Repatriación de restos mortales</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos razonables para el traslado en clase económica (carga) del cuerpo o restos mortales cremados del <b>asegurado</b> a su <b>país de nacionalidad</b> o a su <b>país de residencia</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su <b>país de residencia</b>, y</li> <li>• sujeto a los requerimientos, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea necesarios para preparar y transportar el cuerpo.</li> </ul> <p>La <b>Aseguradora</b> sólo pagará por los arreglos reglamentarios, 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 <b>Aseguradora</b> 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 <b>asegurado</b>.</p> <p><b>Los trámites deben ser aprobados y coordinados conjuntamente con USA Medical Services.</b></p>	100%
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<b>Tratamiento Dental</b>	<b>Cobertura</b>
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos generados por el <b>tratamiento</b> dental <b>médicamente necesario</b> derivado de un <b>accidente</b> cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al <b>accidente</b>.</p>	100%
<p><b>Tratamiento dental (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rellenos</li> <li>• <b>tratamiento</b> del conducto radicular</li> <li>• radiografía</li> <li>• extracción dental</li> <li>• anestesia</li> </ul>	US\$2,500 (*)
<p><b>Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses)</b></p> <p>La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• puentes</li> <li>• coronas</li> <li>• implantes dentales</li> <li>• dentaduras postizas</li> </ul>	US\$2,500 (*)

<p><b>Ortodoncia no estética (período de espera de 12 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos de ortodoncia a <b>asegurados</b> de hasta 19 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas y revisiones mensuales</li> <li>• extracción de dientes de leche</li> <li>• planeación de tratamiento</li> <li>• modelos/impresiones de encías</li> <li>• extracciones</li> <li>• anestesia</li> <li>• radiografías simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrías (CEPH)</li> <li>• fotografía digital, y</li> <li>• aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal</li> </ul> <p>Exclusiones y restricciones:  Consultar el numeral 4.46 de las Exclusiones y Limitaciones.</p>	US\$2,500 (*)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

(\*) Sujeto a 20% de coaseguro

Tratamiento Preventivo	Cobertura
<p><b>Examen de salud general (chequeo médico preventivo) - Período de espera de 10 meses</b>  La <b>Aseguradora</b> pagará por un (1) examen de salud general (chequeo médico preventivo) una vez que el <b>asegurado</b> haya estado cubierto bajo esta <b>póliza</b> por 10 meses consecutivos. No aplica <b>deducible</b>.</p> <p>El examen de salud general (chequeo médico preventivo) normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, RX. de tórax, espirometría, electrocardiograma, exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y/o evaluación de riesgo cardiaco. Además, podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$1,600

<p><b>Vacunas</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Bolivia</li> <li>• vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical</li> <li>• vacuna contra la influenza (gripe)</li> <li>• vacunas legalmente exigidas para viajes</li> <li>• vacunas contra el neumococo</li> <li>• medicinas contra la malaria</li> </ul> <p>No aplica <b>deducible</b></p>	US\$1,600 (*)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

<p><b>Examen de la vista</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá un examen de refracción cada <b>año póliza</b>, que incluye el costo de la consulta.  No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p><b>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses)</b>  La <b>Aseguradora</b> cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por <b>año póliza</b>, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG)</li> <li>• eliminación de la placa dental y pulido</li> <li>• protector de encías/protector bucal</li> </ul> <p>No aplica <b>deducible</b>.</p>	100%
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

(\*) Sujeto a 20% de coaseguro

## Dispositivos para la Audición y la Vista

### Cobertura

#### Aparatos auditivos

La **Aseguradora** cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo **año póliza**.

100% (\*)

#### Anteojos y lentes de contacto

La **Aseguradora** cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un **especialista** oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo **año póliza**.

US\$2,000 (\*)

#### Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida)

La **Aseguradora** cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:

- si el **asegurado** tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y
- si el **tratamiento** es realizado por un proveedor (**médico, hospital o clínica**) reconocido y acreditado

La **Aseguradora** únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el **asegurado** deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o **tratamiento**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

US\$3,000 de por vida (\*)

(\*) **Sujeto a 20% de coaseguro**

## Rehabilitación y Cuidados Paliativos

### Cobertura

#### Enfermería en casa

La **Aseguradora** cubrirá los gastos de enfermería en casa para el **asegurado** después de su **tratamiento** en el **hospital** cubierto por esta **póliza** cuando:

- 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 cuidados personales o asistenciales).

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.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 4.28 de las Exclusiones y Limitaciones.

US\$300 por día hasta un máximo de 60 días

#### Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos

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:

- 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

100%



### Rehabilitación multidisciplinaria

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:

- Sea considerada **médicamente necesaria**, después de revisar la información médica correspondiente, y
- Sea parte del **tratamiento** recibido para dicha condición cubierta bajo la **póliza**.

**Nota:** Para que la **Aseguradora** pueda otorgar una autorización previa, el **médico** 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**.

Exclusiones y restricciones:

Consultar el numeral 4.28 de las Exclusiones y Limitaciones.

100% hasta 90 días

### Beneficios Adicionales

#### Cobertura costo cero para niños (máximo 2 hijos por padre/madre asegurado(a))

Los hijos del **Asegurado Titular** y/o su **cónyuge** o **conviviente** podrán incluirse en la **póliza** sin costo hasta que cumplan los 10 (diez) años de edad, siempre que la **póliza** se mantenga vigente con al menos uno de los padres como integrante de la **póliza**. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.

#### 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 (dos) 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 **conviviente** 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.

La extensión de cobertura entrará en vigencia a partir de la próxima **fecha de vencimiento del pago** o **fecha de aniversario de la póliza**, la que ocurra primero, después del fallecimiento del **Asegurado Titular**. Si el **dependiente** que goza del beneficio de extensión de cobertura se ve excluido de dicho beneficio por las razones estipuladas anteriormente, él/ella podrá mantener su cobertura siempre y cuando pague la prima correspondiente y cumpla con las condiciones de elegibilidad estipuladas en el numeral 2.5 de las Condiciones Generales.

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.

#### 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**.