

BUPA GROUP
Membership Guide

INDEX

AGREEMENT 2
BENEFITS 5
Schedule of benefits 6
Policy provisions 8
EXCLUSIONS AND LIMITATIONS 14
ADMINISTRATION 17
DEFINITIONS 22
SPANISH VERSION 28

AGREEMENT

BUPA INSURANCE COMPANY (hereinafter referred to as the "Insurer") agrees to pay to the "Certificate Holder", the benefits provided by this policy. All benefits are subject to the terms and conditions of this policy.

TEN (10) DAY RIGHT TO EXAMINE THE POLICY: This policy may be returned within ten (10) days of receipt for a refund of all premiums paid less an administrative fee of seventy-five dollars (US$75) and thirty-five dollars (US$35) for each certificate issued. The policy may be returned to the Insurer or to the agent through whom it was purchased. If returned, the policy is void as though no policy had been issued.

IMPORTANT NOTICE ABOUT THE APPLICATION: This policy is issued based on the application and payment of the premium. If any information shown on the application is incorrect or incomplete, or any information has been omitted, the policy may be rescinded, cancelled, or coverage may be modified, at the sole discretion of the Insurer.

ELIGIBILITY: This policy can only be issued to Employers and their Employees residing in Latin America or the Caribbean who work a minimum of thirty hours (30) per week for the Employer. To be eligible for this insurance, the group must have a minimum of fifteen (15) employees. The Employee must have a minimum of eighteen (18) years of age (except for eligible dependents) through a maximum of seventy-three (73) years of age. There is no maximum age for coverage under the same terms and conditions of this policy for those Insureds renewing a policy. This policy cannot be issued and is not available to persons permanently residing in the United States of America for more than one hundred eighty (180) days, continuous or discontinuous, in a period of three hundred sixty-five (365) days, regardless of the type of visa issued to the Insured or their immigration status. The Employer must contribute at least twenty-five percent (25%) towards the payment of the premium.

Insureds with work assignments, student visas, and other temporary stays within the United States may be covered under certain conditions, as long as the policy-holder's country of residence remains in Latin America or the Caribbean, and such temporary stay is approved by the Insurer. Notwithstanding the aforementioned, the Insurer reserves the right to evaluate the Policyholder's eligibility, and may cancel or non-renewal or modify the policy, at the sole discretion of the Insurer, in the event of a change in country of residence.

Eligible dependents include the Certificate Holder's spouse, natural born children, legally adopted children, step-children, or children to whom the Certificate Holder has been appointed legal guardian by a court of competent jurisdiction, who have been identified on the application and for whom coverage is provided for under the policy.

Dependent coverage is available for the Certificate Holder's dependent children up to their twenty-fourth (24th) birthday, if single. Coverage for such dependents continues through the next anniversary date of the policy, following the attainment of twenty-four (24) years of age, if single.

If a dependent child marries, changes country of residence, or if a dependent spouse ceases to be married to the Certificate Holder by reason of divorce or annulment, or changes country of residence coverage for such dependent will terminate on the next anniversary date of the policy.

A dependent child born under the coverage of the insurance policy and who is classified as a Dependent Adult, based on the definition detailed in these Terms and Conditions, may continue to enjoy insurance coverage under this condition after reaching the age of twenty-four (24), for which the rates, benefits, restrictions and limitations corresponding to an adult person and specified in the Terms and Conditions and Table of Benefits of the policy will be applied for each renewal.

Any insured person whose coverage terminates after three (3) years of consecutive and continuous coverage under this policy, and who has never submitted any claim during the lifetime of his/her coverage under this policy, and meets other policy requirements, shall be eligible for an individual Bupa Secure Care or Bupa Essential Care policy offered by the Insurer without underwriting, with the same conditions and/or restrictions in existence under this policy.

COMMENCEMENT AND ENDING OF COVERAGE

Coverage begins at 00:01 hours Eastern Standard Time (U.S.A.) on the policy's effective date and terminates at 24:00 hours Eastern Standard Time (U.S.A.):

(a) On the expiration date of the policy; or

(b) Upon non-payment of the premium; or

(c) Upon written request from the Certificate Holder to terminate the Certificate Holder's coverage; or

(d) Upon written request from the Certificate Holder to terminate a dependent's coverage; or

(e) Upon written notification from the Insurer, as allowed by the conditions of this policy.

The Policy shall remain in force for an initial period of twelve (12) months and, upon timely payment of the applicable renewal premium, shall automatically renew for successive twelve (12)-month periods. Each renewal shall be subject to the definitions, terms, conditions, and other provisions of the Policy in effect as of the applicable renewal premium due date.

REQUIREMENT TO NOTIFY THE INSURER

The Insured must contact Bupa Insurance Company's Claims Administrator, USA Medical Services, at least seventy-two (72) hours in advance of receiving any medical care. Emergency treatment must be notified within forty-eight (48) hours of commencement of such treatment.

If the Insured fails to contact USA Medical Services as stated herein, the Insured will be responsible for thirty percent (30%) of all covered medical and hospital charges related to the claim, in addition to the plan's deductible and coinsurance (if applicable).

USA Medical Services can be contacted 24 hours a day, 365 days a year at the following telephone numbers:

In the U.S.A.:	(305) 275-1500
Free of charge from the U.S.A.:	1-800-726-1203
Fax:	+1 (305) 275 1518
Visit My Bupa in our display options:	www.bupasalud.com/MyBupa
Outside the USA:	Phone number can be located on your ID card, or at www.bupasalud.com

ONLINE TO MAKE YOUR LIFE EASIER!

Log in to www.bupasalud.com, search for "My Bupa" in our display options and follow the registration steps with your email to manage your policy from the comfort of your home or office. Enjoy our online services:

- Access to your policy documents and ID cards
- Payments
- Changes request
- Claim request and update information
- Pre-authorization services request
- Costumer Service
- Blua (digital health)

You are responsible for checking all documents and correspondence online.

BENEFITS

- See applicable sections of the policy for details, limitations, and restrictions.
- The plan Bupa Group policy provides coverage in the Preferred Provider Network only. No benefits are payable for service rendered outside the Preferred Provider Network, except under the emergency medical treatment provision.
- Maximum coverage is five million dollars (US$5,000,000) per insured, per lifetime for all covered medical and hospital charges while the policy is in force, subject to the limitations herein.
- The insurer, USA Medical Services, and/or any of their applicable related subsidiaries and affiliates will not engage in any transactions with any parties or in any countries where otherwise prohibited by the laws in the United States of America. Please contact USA Medical Services for more information about this restriction.

SCHEDULE OF BENEFITS

Coverage (per Insured, per Policy Year)	Maximum benefit
Private or semi-private hospital room and board	No limit
Intensive care room and board	No limit
Maternity care benefit (Except Plans IV, V and VI) (No deductible or coinsurance applies)	US$2,500
Newborn coverage (No deductible or coinsurance applies)	US$25,000
Congenital and hereditary disorders: ◦ Manifested before age 18 ◦ Manifested on or after age 18 (per Insured, per lifetime)	 US$100,000 US$5,000,000
Organ transplant (per Insured, per lifetime)	US$250,000
Air ambulance transportation (per Insured, per lifetime)	US$25,000
Ground ambulance transportation (per incident)	US$1,000
Repatriation of mortal remains	US$5,000
Emergency treatment outside the Preferred Provider Network (per incident)	US$25,000
Disclosed pre-existing conditions (Lifetime maximum, per Insured after twenty-four (24) months of continuous coverage)	US$25,000

DEDUCTIBLE

- All insureds under the Certificate have a deductible responsibility per policy year according to the plan selected by the Certificate Holder. When applicable, the corresponding deductible amount is applied per insured, per policy year before benefits are paid or reimbursed to the insured. All deductible amounts paid accumulate towards the corresponding maximum deductible per Certificate, which is equivalent to the sum of two individual deductibles. All insureds under the Certificate contribute to meeting the maximum deductible amount of the policy. Once the maximum deductible amount of the Certificate is met, the insurer will consider all individual deductible responsibilities as met.
- Any eligible charges incurred by an insured during the last three (3) months ofthe policy year will apply to that policy year's deductible and will also be carried over to be applied towards that insured's deductible for the following policy year, as long as there are no expenses incurred during the first nine (9) months of the policy year. If the benefit is granted to carry over the insured's deductible to the following policy year, and subsequently the insured submits claims or requests for reimbursement for eligible expenses that occurred during the first nine (9)months of the policy year, the benefit will be reversed, and the insured will be responsible for the following policy year's deductible.

  This benefit does not apply to additional deductibles to the regular annual deductible of the policy, which may be applied for certain limitations of the Insured.

COINSURANCE

- The Insured is responsible for twenty percent (20%) of approved charges for the first five thousand dollars (US$5,000) after satisfaction of the applicable deductible (except plans IV, V and VI).
- One (1) coinsurance per Insured, per policy year.
- In the event of an accident involving multiple members of an Insured family on the same certificate, a maximum of two (2) coinsurances will be charged for this incident. Other coinsurance may be applicable for the members who were not charged coinsurance, for other illnesses or injuries not related to the accident.
- If USA Medical Services is notified in accordance to the policy requirements, then coinsurance will not apply to medical services in the country of residence (except Mexico).

POLICY PROVISIONS

1. **ANESTHESIOLOGIST FEES:** Coverage for anesthesiologist fees must be approved in advance by USA Medical Services and is limited to the lesser of:
   (a) One hundred percent (100%) of the usual, customary and reasonable fee for the anesthesiology charges; or
   (b) Thirty percent (30%) of the usual, customary and reasonable principal surgeon's fee for the actual surgical procedure; or
   (c) Thirty percent (30%) of the fee approved for the principal surgeon for the surgical procedure; or
   (d) Special rates established for an area or country as determined by the Insurer.
2. **ASSISTING PHYSICIAN/SURGEON FEES:** Assisting physician/surgeon fees are covered only when an assisting physician/surgeon is medically necessary for that operation and approved in advance by USA Medical Services. Assisting physician/surgeon fees are limited to the lesser of:
   (a) Twenty percent (20%) of the usual, customary and reasonable surgeon's fee for the actual surgical procedure; or
   (b) Twenty percent (20%) of the fee approved for the principal surgeon for the surgical procedure; or
   (c) If more than one assisting physician/surgeon is necessary, the maximum coverage for all assisting physicians/surgeons shall not exceed twenty percent (20%) of the principal surgeon's fee for the actual surgical procedure; or
   (d) Special rates established for an area or country as determined by the Insurer.
3. **HOME HEALTH CARE AND OUTPATIENT PHYSICAL THERAPY:** Coverage for this care or treatment must be approved in advance by USA Medical Services, including any and all extensions. In all cases, evidence of medical necessity and a treatment plan must be received by USA Medical Services.
4. **EMERGENCY DENTAL TREATMENT:** Only emergency dental treatment that takes place within ninety (90) days of the date of a covered accident will be covered under this policy.
5. **EMERGENCY MEDICAL TREATMENT:** The Plan Bupa Group policy provides emergency medical treatment outside of the Preferred Provider Network in those cases where the emergency treatment is required to avoid loss of life or limb. Covered charges related to an emergency admission to a non-network provider will be paid up to twenty-five thousand dollars (US$25,000) with the normal plan deductible and coinsurance (if applicable). The Insured will be responsible for thirty percent (30%) of all covered medical and hospital charges that exceed the benefit of twenty-five thousand dollars (US$25,000) on services performed outside the Preferred Provider Network.
6. **EMERGENCY TRANSPORTATION:** Emergency transportation (by ground and air ambulance) is covered as described in your Table of Benefits if related to a covered condition for which treatment cannot be provided locally and transportation by any other method would result in loss of life or limb. Emergency transportation must be provided by a licensed and authorized transportation company to the nearest medical facility. The vehicle or aircraft used must be staffed by medically trained personnel and must be equipped to handle a

medical emergency. Prior authorization must be obtained from the Insurer. Failure to obtain prior authorization from the Insurer may result in the denial of coverage.

The selection of the closest medical transfer facility will be made according to the following prioritization:

(a) Nearest medical center within the country where the insured had the emergency and/or where the insured is located at the time when transport is requested or,

(b) Closest medical center in the country bordering the country where the insured had the emergency and/or where the insured is located at the time when transport is requested or,

(c) Medical center in another country within the region where the insured had the emergency and/or where the insured is located at the time when transport is requested or,

(d) In the case of medical evacuation to the United States of America, the appropriate medical center in the city closest to the country where the insured is hospitalized will be considered. The Insurer will not authorize transfers to another city in the United States of America unless medically necessary due to the availability of treatment at the nearest facility.

In cases where a ground ambulance is required, due to an accident, the insurer must be notified within seventy-two (72) hours of the occurrence of the event.

Scheduled care that is not considered an emergency will not be covered by the Emergency Medical Evacuation benefit.

(a) Air Ambulance Transportation:

i. All air ambulance transportation must be evaluated, pre-approved and coordinated by USA Medical Services. If the insured does not obtain prior authorization, the Insurer reserves the right not to pay expenses.

ii. The maximum amount payable for this benefit is twenty-five thousand dollars (US$25,000) per insured, per lifetime.

iii. The Insured agrees to hold the Insurer, USA Medical Services, and any company affiliated with the Insurer or USA Medical Services by way of similar ownership or management, harmless from any negligence resulting from such services, or negligence resulting from delays or restrictions on flights caused by the pilot, mechanical problems, or governmental restrictions, or due to operational conditions.

iv. In the event that the insured is transported for the purpose of receiving treatment, he/she and the accompanying person, if any, shall be reimbursed for the expenses for a return journey to the place from where the insured was evacuated. The return journey shall be made no later than ninety (90) days after treatment has been completed. Coverage shall only be provided for traveling expenses equivalent to the cost of an airplane ticket economy class, as a maximum. Transportation services must be pre-approved and coordinated by USA Medical Services. If the insured does not obtain prior authorization, the Insurer reserves the right not to pay expenses.

v. The Insurer will not pay any other costs related to the transfer, such as travel expenses.

(b) Ground Ambulance Transportation: The maximum amount payable for this benefit is one thousand dollars (US$1,000) per incident.

7. MATERNITY CARE (Except plans IV, V and VI):

(a) There is a maximum benefit of two thousand five hundred dollars (US$2,500) for each pregnancy with no deductible or coinsurance.

(b) Pre and post-natal treatment (including noninvasive genetic prenatal screening, detection of free fetal DNA), required vitamins during pregnancy, childbirth, complications of pregnancy or delivery, and well baby care are included in the maximum maternity benefit listed in this policy.

(c) This benefit shall apply for covered pregnancies. Covered pregnancies are those where the actual date of delivery is at least twelve (12) months after the effective date of coverage for the respective insured mother.

(d) There is no maternity coverage for dependent children.

(e) Those Certificate Holders that were previously a dependent child under another policy with the Insurer must have maintained their own individual policy for a minimum of twelve (12) months to be eligible for this maternity care benefit.

(f) The twelve (12) month general waiting period for maternity coverage always applies regardless of whether or not the ninety (90) day waiting period for coverage under this policy has been waived.

There is an optional rider available (except plans IV, V and VI) to cover newborn and maternity complications.

8. NEWBORN COVERAGE:

(a) If born from a Covered Pregnancy:

i. Provisional coverage: If born from a covered pregnancy, each newborn will automatically be covered for complications of birth, and any injury or illness for the first ninety (90) days after birth up to a maximum of twenty-five thousand dollars (US$25,000) with no deductible or coinsurance.

ii. Permanent coverage: For permanent coverage of a child born from a covered pregnancy, a "Notification of Birth" consisting of the newborn's full name, gender and date of birth must be submitted within ninety (90) days of birth. Effective as of the date of birth, coverage with applicable deductible and coinsurance will then be up to the policy limits.

Policy limits for complications of birth relating to a newborn are limited to the maximum benefits described in provision 8 (a) i.

The premium for the addition is due at the time of the notification of birth. If such notification is not received within 90 days of birth, then an application for insurance is required on the addition and will be subject to underwriting.

iii. Well baby Care: Only covered as stated in the "Maternity Care" provision of this policy.

(b) If NOT born from a Covered Pregnancy, there is no provisional coverage for the newborn. To add a newborn to the policy, payment of the premium and submission of a completed application for insurance which is subject to underwriting by the Insurer, are required.

9. CONGENITAL AND HEREDITARY DISORDERS: Coverage under this policy for congenital and hereditary disorders is as follows:

(a) The lifetime maximum benefits for any congenital and hereditary disorders that manifest themselves before the insured's eighteenth (18th) birthday are:

i. One hundred thousand dollars (US$100,000) per person, including any benefits already paid on an existing Certificate or rider, after deductible and co-insurance (if applicable), for any congenital and hereditary disorders that initially manifest themselves on or after, your policy anniversary date and/or your Certificate effective date, occurring on or after August 1, 2003;

ii. Twenty five thousand dollars (US$25,000) per person up to the insured's eighteenth (18th) birthday, including any benefits already paid on an existing Certificate or rider, for insureds born from a covered pregnancy only, when the congenital and hereditary disorders initially manifest themselves prior, to your policy anniversary date and/or your Certificate effective date, occurring on or after August 1, 2003.

(b) The lifetime maximum benefits for any congenital and hereditary disorders that manifest themselves on or after the insured's eighteenth (18th) birthday and subsequent, to your policy anniversary date and/or your Certificate effective date, on or after January 1, 2000 are equal to the maximum policy limits herein, after deductible and co-insurance (if applicable).

10. **CONTINUOUS GROUP INSURANCE COVERAGE (NO GAIN NO LOSS PROVISION):** This provision applies to all active groups that had continuous prior group coverage with another Insurance Company. Insureds with disclosed pre-existing conditions and pregnancies covered under another group plan will still be covered under this policy; however, the policy with the lesser benefit will apply for a period of twelve (12) months, beginning on the effective date of this policy. After twelve (12) months, the benefits of this policy will apply. Under this provision the twelve (12) month waiting period for maternity and the two (2) year waiting period for disclosed pre-existing conditions will not be applied. For this provision to be effective, all employees covered under the previous group plan must be transferred to this policy. New employees added to the group policy after the effective date of this policy are NOT subject to this provision.

11. **ORGAN TRANSPLANTS:** Coverage for transplantation of human organs and tissues is provided only within the Insurer's Organ Transplant Provider Network. There is no coverage outside the Organ Transplant Provider Network. The maximum amount payable for this benefit is two hundred fifty thousand dollars (US$250,000) per insured, per lifetime. This organ transplant benefit begins once the need for transplantation has been determined by a provider, has been certified by a second surgical or medical opinion and has been approved by USA Medical Services, and is subject to all the terms, provisions and exclusions of the policy and Certificate.

This benefit includes:

(a) Pre-transplant care, which includes those services directly related to evaluation of the need for transplantation, evaluation of the Insured for the transplant procedure, and preparation and stabilization of the Insured for the transplant procedure.

(b) Pre-surgical work-up, including all laboratory and X-ray exams, CT scans, Magnetic Resonance Imaging (MRI's), ultrasounds, biopsies, scans, medications and supplies.

(c) The costs of organ procurement, transportation, and harvesting up to a maximum of twenty-five thousand dollars (US$25,000), which is included as part of the maximum organ transplant benefit.

(d) Post-transplant care including, but not limited to any follow-up, medically necessary treatment resulting from the transplant, and any complications that arise after the transplant procedure, whether a direct or indirect consequence of the transplant.

(e) Any medication or therapeutic measure used to ensure the viability and permanence of the transplanted organ.

(f) Any home health care, nursing care (e.g. wound care, infusion, assessment, etc.), emergency transportation, medical attention, clinic or office visits, transfusions, supplies, or medications related to the transplant.

12. **PREFERRED PROVIDER NETWORK:** The Plan Bupa Group policy provides coverage in the Preferred Provider Network only, regardless of whether the treatment is in your country of residence or outside your country of residence. There is no coverage outside the Preferred Provider Network, except for emergencies.

    (a) In order to ensure that the provider of medical services is in the Preferred Provider Network, all treatment, except emergencies, must be coordinated by USA Medical Services.

    (b) In those cases where the Preferred Provider Network is not specified in your country of residence, there is no restriction on which hospitals may be used in your country of residence.

13. **PRESCRIPTION DRUGS:** Prescription drugs are only covered if first prescribed during a hospitalization or after outpatient surgery and for a maximum period of six (6) months after hospitalization or surgery, unless the Insurer approves an extension. In all cases, a copy of the prescription from the attending physician must accompany the claim.

14. **SPECIAL TREATMENTS:** Prosthesis, orthotic devices, (implanted during surgery), durable medical equipment, implants, radiation therapy and highly specialized drugs will be covered, but must be approved and coordinated in advance by USA Medical Services. Special treatments will be provided by the Insurer or reimbursed at the cost that the Insurer would have incurred if purchased from its providers.

15. **PRE-EXISTING CONDITIONS:** Pre-existing conditions fall into two (2) categories:

    (a) Disclosed at the time of application: Disclosed pre-existing conditions unless specifically excluded by an amendment to the policy or Certificate are covered after two (2) years from the effective date of the certificate, up to a lifetime maximum lifetime coverage of twenty-five thousand (US$25,000) per insured.

    (b) Not disclosed at the time of application: Pre-existing conditions not disclosed at the time of the application will never be covered during the lifetime of the policy. Furthermore, the Insurer retains the right to rescind, cancel or modify the policy or Certificate based on the Insured's failure to disclose any such conditions.

16. **ILLNESS OR INJURY IN A PRIVATE AIRCRAFT:** Any illness or injury sustained as a passenger in a Private Aircraft is covered up to a maximum of two hundred and fifty thousand dollars (US$250,000) per Insured, per lifetime.

    There is an optional rider available to cover private pilot and crew members.

17. **REPATRIATION OF MORTAL REMAINS:** In the event an Insured dies outside of his/her country of residence, the Insurer will pay up to five thousand dollars (US$5,000) toward repatriation of the deceased's remains to the deceased's country of residence if the death resulted from a condition which would have been covered under the terms of the policy had the Insured survived.

Coverage is limited to only those services and supplies necessary to prepare the deceased's body and to transport the deceased to his country of residence. Arrangements must be coordinated in conjunction with USA Medical Services.

18. **REQUIRED SECOND SURGICAL OPINION:** If a surgeon has recommended that an Insured undergo any non-emergency surgical procedure, the Insured must notify USA Medical Services at least seventy-two (72) hours prior to the scheduled procedure. If a second surgical opinion is deemed necessary by either the Insurer or USA Medical Services, it must be conducted by a physician chosen and arranged by USA Medical Services. Only those second surgical opinions required and coordinated by USA Medical Services are covered. In the event the second surgical opinion contradicts or does not confirm the need for surgery, the Insurer will also pay for a third surgical opinion from a physician chosen by USA Medical Services.

    If the second or third surgical opinion confirms the need for surgery, benefits for the surgery will be paid according to this policy.

    IF THE INSURED DOES NOT OBTAIN A REQUIRED SECOND SURGICAL OPINION, THE INSURED WILL BE RESPONSIBLE FOR THIRTY PERCENT (30%) OF ALL COVERED MEDICAL AND HOSPITAL CHARGES RELATED TO THE CLAIM IN ADDITION TO THE PLAN DEDUCTIBLE AND COINSURANCE. (IF APPLICABLE).

19. **OUTPATIENT SERVICES:** Coverage is only provided when medically necessary.
20. **MAXIMUM HOSPITAL STAY:** The maximum hospital stay for any specific illness or injury or any related treatment is one hundred and eighty (180) days during the next three hundred and sixty five (365) days after the first admission.
21. **NOSE AND NASAL SEPTUM DEFORMITY:** When nose or nasal septum deformity is induced by a trauma in a covered accident, surgical treatment will be covered if authorized in advance by USA Medical Services. The evidence of trauma in the form of fracture must be confirmed radiographically (X-rays, CT scan, etc.)
22. **TREATMENT AT URGENT CARE FACILITIES OR WALK-IN CLINICS:** Treatment at urgent care facilities or walk-in clinics in the United States of America are covered at a hundred percent (100%) with a fifty-dollar (US$50) co-payment. These treatments are not subject to deductible.
23. **HAIR PROSTHESIS (WIG):** Coverage is subject to the following conditions:
    (a) When the Insured is undergoing treatment for cancer.
    (b) The hair loss is directly and exclusively a consequence of the cancer treatment.
    (c) Must be pre-authorized by the Insurer.
24. **COMPREHENSIVE CANCER TREATMENT:** The Insurer shall cover expenses from cancer treatment once the disease has been diagnosed, including bone marrow transplantation, fees related to the planning and administration of cancer treatment, laboratory tests, physicians' fees directly associated with the planning and delivery of oncological treatment, diagnostic imaging studies, chemotherapy, medical consultations, reconstructive surgery provided it is medically necessary and directly related to the treatment of cancer, and prescribed medications.
25. **TELEMEDICINE:** Access to remote health care services may be made available through blua, Bupa's digital health platform. These services may include general medicine video consultations, medical counseling in selected specialties, and other digital tools designed to support health care management and wellness. The Insured may access these services through the "My Bupa Latin America" application or the Company's website at www.bupasalud.com. All available digital features and health programs will be identified and described through the blua platform.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

This policy does not provide coverage or benefits for any of the following:

1. Treatment of any illness, injury, or any charges arising from any treatment, service or supply which is:
   (a) not medically necessary; or
   (b) for an Insured who is not under the care of a physician, doctor or skilled professional; or
   (c) not authorized or prescribed by a physician or doctor; or
   (d) custodial care.
2. Any care or treatment, while sane or insane, received due to self inflicted illness or injury, suicide, failed suicide, alcohol use or abuse, drug use or abuse, or the use of illegal substances or illegal use of controlled substances. This includes any accident resulting from any of the aforementioned criteria.
3. Routine eye and ear examinations (except protocol exams in outpatient consultations), hearing aids, eye glasses, contact lenses, radial keratotomy and/or other procedures to correct eye refraction disorders.
4. Any medical examination or diagnostic study which is a part of a routine physical examination, including vaccinations and the issuance of medical certificates and examinations as to the suitability for employment or travel.
5. Chiropractic care, homeopathic treatment, acupuncture or any type of alternative medicine.
6. Elective or cosmetic surgery or medical treatment which is primarily for beautification, unless necessitated by injury, deformity or illness which first occurs while the Insured is covered under this policy. This also includes any surgical treatment for nasal or septal deformity that was not induced by trauma, except as provided for in this policy.
7. Any conditions that have not been fully declared at the time of medical underwriting when inclusion is required. In case of groups, the conditions must be included in the medical evaluation form, as each insured has the obligation to declare all conditions requested in the form. The insurer will issue a condition of approval for each insured, specifying coverage or any limitation and/or exclusion.
8. Any treatment, service or supply that is not scientifically or medically recognized for the prescribed treatment or which is considered experimental and/or not approved for general use by the Food and Drug Administration of the U.S.A.
9. Treatment in any governmental facility or any expense if the Insured would be entitled to free care. Service or treatment for which payment would not have to be made had no insurance coverage existed.
10. Diagnostic procedures or treatment of mental illnesses and/or psychiatric, behavioral or developmental disorders, Chronic Fatigue Syndrome, sleep apnea and any other sleep disorders.
11. Any portion of any charge that is in excess of the usual, customary and reasonable charge for the particular service or supply for the geographical area.
12. Any expense for male or female sterilization, reversal of sterilization, sex change, sexual transformation, birth control, infertility, artificial insemination, sexual dysfunction or inadequacies and sexually transmittable disease.

13. Treatment or service for any medical, mental or dental condition related to or arising as a complication to those medical, mental or dental services or other conditions specifically excluded by an amendment to or not covered by the policy or Certificate.
14. Any expense, service or treatment for obesity, weight control or any form of food supplement (unless necessary to sustain life in a critically ill person).
15. Podiatric care to treat functional disorders of the structures of the feet, including but not limited to, corns, calluses, bunions, Hallux valgus, hammer toe, Morton's neuroma, flat feet, weak arches, weak feet or other symptomatic complaints of the feet, including pedicures, special shoes and inserts of any type or form.
16. Treatment by a bone growth stimulator, bone growth stimulation or treatment relating to growth hormone, regardless of the reason for prescription.
17. Treatment for injuries resulting from participation in any hazardous activities.
18. All treatment to a mother or to a newborn related to a non covered pregnancy.
19. Any voluntarily induced termination of pregnancy, unless imminent maternal demise is apparent.
20. Any congenital or hereditary disorder or illness, except as provided for under the provisions of this policy.
21. Any dental treatment or services not related to a covered accident or beyond 90 days from the date of such accident.
22. Treatment of injuries resulting while in service as a member of a police or military unit or from participation in war, riot, civil commotion or any illegal activity, including resultant imprisonment.
23. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), HIV positive or AIDS related illnesses.
24. An elective admission more than twenty-three (23) hours before a planned surgery, unless authorized in writing by the Insurer.
25. Treatment of the upper maxilla, the jaw or jaw joint disorders, including but not limited to jaw anomalies, malformations, temporomandibular joint syndrome, craniomandibular disorders or other conditions of the jaw or jaw joint linking the jaw bone and the skull and complex of muscles, nerves and other tissue relating to that joint.
26. Treatment by the spouse, father, mother, brother, sister or child of any insured under a Certificate in this policy.
27. "Over the counter" or non-prescription drugs, prescription medications which are not first prescribed while the Insured is admitted in a hospital and prescription medications which are not prescribed as part of follow-up treatment after outpatient surgery.

    Any contraceptive medication or device, except when its primary purpose is not contraceptive but rather medically necessary to treat a medical condition or diagnosis.
28. Personal or home based artificial kidney equipment, unless authorized in writing by the Insurer.
29. Treatment for injury sustained while traveling as a pilot or crewmember in a private aircraft.
30. Cost relating to the acquisition and implantation of artificial heart, mono or bi-ventricular devices, other artificial or animal organs and all expenses of any cryopreservation of more than twenty-four (24) hours duration.

31. Injury or illness caused by, or related to ionized radiation, pollution or contamination, radioactivity from any nuclear material, nuclear waste, or the combustion of nuclear fuel or nuclear devices.

32. Treatment for or arising from any epidemic and/or pandemic disease, and vaccinations, medicines, or preventive treatment for or related to any epidemic and/or pandemic disease are not covered.

33. Acquisition expenses for hair prosthesis as a consequence of a diagnosis for cancer are excluded if:

(a) They are not pre-authorized by the insurer.

(b) They are associated with maintenance of wigs, including, but not limited to wig holders, styling services, hair care products and necessary adjustments.

34. This policy does not cover any expense derived from euthanasia or assisted death, in any of its modalities (active voluntary, passive voluntary or assisted suicide), even if in the country where the insured is located, such procedure is legalized and/or regulated.

ADMINISTRATION

1. **AUTHORITY:** No agent has the authority to change the policy or to waive any of its provisions. After issue, no change in the policy shall be valid unless approved in writing by an officer or the Chief Underwriter of the Insurer and such approval is endorsed by an amendment to the policy.
2. **CHANGES OF COUNTRY OF RESIDENCE:** The insured must notify the insurer in writing of any change of the Insured's country of residence within a maximum period of thirty (30) calendar days of its occurrence change of country of residence may, at the Insurer's sole discretion, result in modification of coverage, non-renewal and/or cancellation of the policy. Changes of country of residence to the United States of America will result in non-renewal of the policy. THE INSURED'S COUNTRY OF RESIDENCE CANNOT BE THE UNITED STATES OF AMERICA. Failure to notify the Insurer of any change in the Insured's country of residence may result in cancellation of the policy, non-renewal or modification of coverage on the next anniversary date, at the Insurer's sole discretion.
3. **COMMENCEMENT OF INSURANCE:** Subject to the provisions of this policy, benefits begin on the Effective Date of the policy and of each Certificate and not on the date of application for insurance.
4. **OTHER INSURANCE COVERAGE:** When another policy is in existence which provides benefits also covered by this policy, benefits will be coordinated. All claims incurred in the country of residence must be made in the first instance against the other policy. This policy shall only provide benefits when such other benefits payable under the other policy have been exhausted. Outside the country of residence, Bupa Insurance Company will function as the primary Insurer and retains the right to collect any payment from local or other insurers.
5. **ENTIRE CONTRACT/CONTROLLING CONTRACT:** The policy, the Certificate, the application, the Certificate of Coverage and any riders or amendments thereto, shall constitute the entire contract between the parties. The Spanish translation is provided for the convenience of the Insured. The English version of this policy will prevail and is the controlling contract in the event of any question or dispute regarding this policy.
6. **GRACE PERIOD:** If premium is not received by the due date, the Insurer will allow a grace period of thirty (30) days from the due date for the premium to be paid. If the premium is not received by the Insurer prior to the end of the grace period, this policy and all of its benefits will be deemed terminated as of the original due date of the premium. Benefits are not provided under the policy during the grace period unless the policy is renewed.
7. **INSOLVENCY:** The insolvency, bankruptcy, financial impairment, voluntary plan of arrangement with creditors or dissolution of the Employer's business shall not impose upon the Insurer any liability other than that specifically stated within this policy.
8. **PAYMENT OF CLAIMS:** It is the Insurer's policy to make payments directly to physicians and hospitals worldwide. When this is not possible, the Insurer will reimburse the Certificate Holder the contractual rate given to the Insurer by the provider involved and/or in accordance with the usual, customary, and reasonable fees for that geographical area, whichever is less. Any charges or portions of charges in excess of these amounts are the responsibility of the Insured. If a Certificate Holder is not living, the Insurer will pay any unpaid benefits to the estate of the deceased Certificate Holder.

The insurer, USA Medical Services, and/or any of their applicable related subsidiaries and affiliates will not engage in any transactions with any parties or in any countries where otherwise prohibited by the laws in the United States of America. Please contact USA Medical Services for more information about this restriction.

9. **CURRENCY:** All currency values stated in this policy are in U.S. dollars.
10. **PHYSICAL EXAMINATIONS:** The Insurer, at its own expense, shall have the right and opportunity to examine any Insured whose illness or injury is the basis of a claim, when and as often as considered necessary by the Insurer during the pendency of the claim. In the case of death, the Insurer has the right to request an autopsy at a facility of its choice.
11. **DUTY TO COOPERATE:** The Insured shall make available to the Insurer all medical reports and records and, when requested by the Insurer, shall sign all authorization forms necessary for the Insurer to obtain such medical reports and records. Failure to cooperate with the Insurer or failure to authorize the release of all medical records requested by the Insurer may cause a claim to be denied.
12. **POLICY CANCELLATION OR NON-RENEWAL:** The Insurer retains the right to cancel, modify or rescind the policy or a Certificate if statements on the application are found to be misrepresentations, incomplete or that fraud has been committed, leading the Insurer to approve an application when, with the correct or complete information, the Insurer would have issued the policy or Certificate with restricted coverage or declined to provide insurance.

    The Insurer retains the right to cancel or modify a policy or certificate in terms of rates, deductibles or benefits, generally and specifically, if the insured changes country of residence, regardless of how many years the policy has been in force.

    If an insured resides in the U.S.A. on a continuous or discontinuous basis for more than one hundred and eighty (180) days during any three hundred and sixty five (365) day period regardless of the type of visa issued to the insured for that purpose, the certificate will automatically terminate on the next renewal date.

    Submission of a fraudulent claim is also grounds for rescission or cancellation of the policy or certificate.

    The Insurer retains the right to cancel, non-renew or modify a policy on a "class" basis as defined in this policy.

    This policy is subject to underwriting evaluation on each anniversary date, and the insurer retains the right to cancel or non-renew the policy, modify the coverage, or change the premium.
13. **NON-RENEWAL OF GROUP POLICY:** Coverage of this policy can be terminated either by the Insurer or the Employer only on the group policy anniversary date.
14. **POLICY ISSUANCE:** This policy cannot be issued or delivered in the U.S.A., except as may be specifically permitted under the laws of the State of Florida. The policy is deemed issued or delivered upon receipt of the policy by the Employer in its country of residence.
15. **POLICY MODE:** All policies are deemed annual policies. Premiums are to be paid annually, unless the Insurer authorizes other modes of payment.
16. **PREMIUM PAYMENT:** Payment of the premium on time is the responsibility of the Employer. The premium is due on the renewal date of the policy or other due dates if authorized by the Insurer. Premium notices are provided as a courtesy and the Insurer provides no guarantee of delivering premium notices. If an Employer has not received a premium notice thirty (30) days prior

to the due date and the Employer does not know the amount of the premium payment, the Employer should contact its agent or the Insurer. Payment may also be made online at www.bupasalud.com.

17. **PREMIUM RATE CHANGES:** The Insurer retains the right to change the premium at the time of each renewal date.
18. **PROOF OF CLAIM:** The insured must request reimbursement through my Bupa at www.bupasalud.com, or send request to servicio@bupalatinamerica.com, including a copy of detailed invoices, medical records and proof of payment, within one hundred and eighty (180) days after the treatment or service date. Failure to do so will result in the claim being denied. Exchange rates for bills received in currencies other than U.S. Dollars will be in accordance with the official exchange rate, as determined by the Insurer, on the date of service. Additionally, the Insurer reserves the right to issue the payment or reimbursement in the currency in which the service or treatment was invoiced. In the event that the Insured does not agree with what was determined by the Insurer in relation to any claim (closed) or in the event that the insurer needs additional information, they will have up to 180 days from the date of issuance of the explanation of benefits to present such information.
19. **REFUNDS:** If the Employer, an Insured or the Insurer cancels the policy or Certificate after it has been issued, reinstated or renewed, the Insurer will refund the unearned portion of the premium, less administrative charges and policy fees, to a maximum of sixty-five percent (65%) of the premium. The policy fee, USA Medical Services fee and thirty-five percent (35%) of the base premium are non-refundable. The unearned portion of the premium is based on the number of days corresponding to the payment mode, minus the number of days the policy or Certificate was in force.
20. **REINSTATEMENT:** All policies or Certificates reinstated after the thirty (30) day grace period are deemed new policies or new certificates with no antiquity or credit being afforded to the Insured. All medical conditions existing prior to the date of reinstatement of the policy or Certificate shall be deemed and treated as pre-existing conditions under this policy. No reinstatement will be authorized ninety (90) days after the date of termination of the policy or Certificate.
21. **CLAIMS APPEALS:** In the event of any disagreement between the Insured and the Insurer regarding this Insurance Policy and/or its provisions, the Insured, before commencing any arbitration or legal proceedings, shall request a review of the matter by the "Bupa Insurance Company Appeals Committee". In order to begin such a review, the Insured must submit a written request to the Appeals Committee. This request shall include copies of all relevant information sought to be considered, as well as an explanation of what decision should be reviewed and why. Said appeals shall be sent to the attention of the Bupa Insurance Company Appeals Coordinator, c/o USA Medical Services. Upon the submission of a request for review, the Appeals Committee will determine whether any further information and/or documentation is needed and act to timely obtain such. Within thirty (30) days thereafter, the Appeals Committee will notify the Insured of its decision and the underlying rationale.
22. **ARBITRATION, LEGAL ACTIONS, AND JURY WAIVER:** Any disagreement that may persist upon completion of the claims appeal as determined herein, must first be submitted to arbitration. In such cases, the Insured and the Insurer will submit their difference to three (3) arbiters: Each party selecting an arbiter, and the third arbiter to be selected by the arbiters named by the parties herein. In the event of disagreement between the arbiters, the decision will rest with the majority. Either the Insured or the Insurer may initiate arbitration by written notice to the other party demanding arbitration and

naming its arbiter. The other party shall have twenty (20) days after receipt of said notice within which to designate its arbiter. The two (2) arbiters named by the parties, within ten (10) days thereafter, shall choose the third arbiter and the arbitration shall be held at the place hereinafter set forth ten (10) days after the appointment of the third arbiter. If the other party does not name its arbiter within twenty (20) days, the complaining party may designate the second arbiter and the other party shall not be aggrieved thereby. Arbitration shall take place in Miami-Dade County, Florida, U.S.A. or if approved by the Insurer, in the Insured's country of residence. The expenses of the arbitration shall be shared equally between the parties.

The insured confers exclusive jurisdiction in miami-dade county, florida for determination of any rights under this policy. the insurer and any insured covered by this policy hereby expressly agree to trial by judge in any legal action arising directly or indirectly from this policy. the insurer and the insured further agree that each party will pay their own attorneys' fees and costs, including those incurred in arbitration.

23. **SUBROGATION AND INDEMNITY:** The Insurer has a right of subrogation or reimbursement from an Insured to whom it has paid any claims to or on behalf of, if such Insured has recovered all or part of such payments from a third party. Furthermore, the Insurer has the right to proceed at its own expense in the name of the Insured, against third parties who may be responsible for causing a claim under this policy or who may be responsible for providing indemnity of benefits for any claim under this policy.

24. **TERMINATION OF COVERAGE UPON TERMINATION OF POLICY:** In the event a policy or Certificate terminates for any reason, coverage ceases on the effective date of the termination and the Insurer will only be responsible for treatment covered under the terms of the policy that took place before the effective date of termination of the policy or Certificate. There is no coverage for any treatment that occurs after the effective date of the termination, regardless of when the condition first occurred or how much additional treatment may be required.

25. **CHANGE OF PLAN OR DEDUCTIBLE:** Through the Employer, at any anniversary date, the Certificate Holder can request to change plan or deductible must be notified in writing by the Insurer, once the request is received prior anniversary date. Some requests are subject to underwriting evaluation. The following conditions apply:

    (a) The benefits earned by seniority of the insured (except for accumulated deductibles) will not be affected as long as the new product or plan contemplates them. If the previous product or plan did not include a benefit included in the new product or plan, the specific waiting period established in the Benefits Table of the Policy Cover must be met.

26. **COUNTRY OF RESIDENCE:** For purposes of this policy, "country of residence" shall mean the country where the Insured (principal and named dependents), physically resides for at least one hundred eighty (180) days, on a continuous or discontinuous basis during a period of three hundred. To be eligible for coverage under this policy, the Insured's (principal and named dependents) country of residence must be in Latin America or the Caribbean.

    This policy is not available to, nor can it be issued or renewed to, persons who country of residence is regardless of the type of visa issued to the Insured or their immigration status. As an exception, Insureds with work assignments, student visas, and other temporary stays within the United States may be covered under certain conditions as stated in Section 27 ("EXTENSION OF COVERAGE ABROAD FOR STUDIES OR TEMPORARY WORK"), as long as the Insured's permanent residence remains outside of the United States or the

insured does not receive a permanent residence card (green card)., the Insurer reserves the right to evaluate the eligibility, modify premium, cancellation, or non-renewal of the policy, if any Insured (principal and named dependents) resides or is physically present in a country outside of Latin America and the Caribbean, or another country, other than the one declared as residence in the Insurance Application.

27. **EXTENSION OF COVERAGE ABROAD FOR STUDIES OR TEMPORARY WORK:** Those Insured individuals who, due to temporary work or studies, must remain abroad for a period longer than that stipulated in Section 26 ("COUNTRY OF RESIDENCE"), may request an extension of coverage abroad for up to the annual term of the policy, renewable for an additional annual term at the discretion of the Insurer, provided that the Insured's permanent residence remains in THE COUNTRY DECLARED IN THE INSURANCE APPLICATION. This extension of coverage and its conditions will be approved at the discretion of the Insurer.

    Notwithstanding the above, the Insurer reserves the right to assess the eligibility of the Insured if they maintain presence or residence in a country other than THE ONE DECLARED AS RESIDENCE IN THE INSURANCE APPLICATION. A change in the country of residence under this scenario may result in changes to the coverage, deductible, or premium depending on the geographical area, subject to the procedures of the Insurer.

    The extension of coverage will not apply if the Insured loses their status as a student or temporary worker and becomes a permanent resident of the United States of America or any other country other than THE ONE DECLARED AS RESIDENCE IN THE INSURANCE APPLICATION, regardless of the type of visa issued to the Insured or their immigration status.

28. **CONDITION OF RENEWAL:** In accordance with applicable regulations, the Insurer shall not decline to renew the Policy based on claims experience or the Insured's age, provided that all premiums have been paid within the applicable time frames. The Policy will not be renewed if the Policyholder provides the Insurer with written notice of the Policyholder's intention not to renew at least thirty (30) business days before the renewal premium due date. Any renewal shall be issued based on the same underwriting terms and conditions consistent as those originally contracted for and duly registered.

DEFINITIONS

1. **ACCIDENT:** An unfortunate incident that occurs unexpectedly and suddenly, provoked by an external cause, always without the insured's intention, which causes injury or bodily trauma and requires immediate ambulatory medical attention and/or patient's hospital admission. The medical information related to the accident will be evaluated by the insurer, and the compensability will be determined under the general policy's provisions.
2. **AIR AMBULANCE TRANSPORTATION:** Emergency air transportation from the hospital where the Insured is admitted to the nearest suitable hospital where treatment can be provided.
3. **AMENDMENT:** A document added by the Insurer to the policy or Certificate that clarifies, explains or modifies the policy or Certificate.
4. **ANESTHESIOLOGIST FEES:** Charges made by an anesthesiologist for the administration of anesthesia during the performance of a surgical procedure or for medically necessary services for pain control.
5. **ANNIVERSARY DATE:** Annual occurrence of the effective date of the policy.
6. **APPLICANT:** The individual who executed the application for coverage.
7. **APPLICATION:** Written statements on a form by an Applicant about themself and/or their dependents, used by the Insurer to determine acceptance or denial of the risk. Application includes any medical history, questionnaire, and other documents provided to or requested by the Insurer prior to the issuance of the policy.
8. **ASSISTING PHYSICIAN/SURGEON FEES:** Charges made by a physician or physicians who assist the principal surgeon in the performance of a surgical procedure.
9. **BRAND-NAME DRUGS (PROPRIETARY DRUGS):** Medications marketed and sold under a proprietary trade name or registered trademark rather than under the name of their active ingredient.
10. **CALENDAR YEAR:** January 1st through December 31st of any given year.
11. **CERTIFICATE:** The document issued to the Insured person for whom coverage has been approved by the Insurer.
12. **CERTIFICATE HOLDER:** The named Employee in the application for health insurance. The person entitled to receive reimbursement for covered medical expenses.
13. **CERTIFICATE OF COVERAGE:** Document of the policy that specifies the commencement, conditions, extent and any limitations of the coverage, and lists each covered person.
14. **CLASS:** The Insureds of all policies of the same type, including but not limited to, benefits, deductibles, age group, country, plan, year groups or a combination of any of these.
15. **COINSURANCE:** The portion of the approved expenses that Insured must pay after satisfying the established deductible.
16. **COMPLICATION OF BIRTH:** Any disorder related to the birth of a newborn, not caused by genetic factors, manifested during the first thirty-one (31) days of life, including but not limited to hyperbilirubinemia (jaundice), cerebral hypoxia, hypoglycemia, prematurity, respiratory distress and birth trauma.

17. **CONGENITAL AND HEREDITARY DISORDERS OR ILLNESSES:** Any disorder or illness existing before birth, regardless of its cause, whether or not manifested or diagnosed at birth, after birth or years later.
18. **CONTINUITY OF COVERAGE (NO LOSS-NON-GAIN):** Continuity of coverage ensures that there is no coverage period when changing from one product or plan to another within the same company or for transfers between Bupa group companies. However, changes and transfers are subject to a non-loss-no-profit provision, whereby the least of the benefits payable between the products or plans involved in the exchange or transfer are applied during a given period in advance. The benefits earned by seniority of the insured will not be affected as long as the new product or plan contemplates them. If the previous product or plan did not contemplate a benefit included in the new product or plan, the specific waiting period of that benefit established in the Benefits Table must be met. Granting continuity of coverage does not mean that they do not apply the corresponding risk assessment procedures.
19. **COPAYMENT:** Is the fixed rate of covered expenses that every insured must pay directly to the medical or hospital service provider, before receiving services regardless of benefit limits.
20. **COUNTRY OF RESIDENCE:** The country where the Insured (principal, spouse and dependent children) has declared in the Insurance Application to have his/her physical residence and resides for a minimum of one hunder and eighty (180) continuous or discontinuous days during the calendar year, indicated to have his/ her physical residence, or his/her country of origin, or the country he/she has informed the insurer to be his/her residence afterwards in writing.
21. **COVERED PREGNANCY:** Covered pregnancies are those where the actual date of delivery is at least twelve (12) months after the effective date of coverage for the respective insured mother. Plans IV, V and VI do not have covered pregnancies.
22. **CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY (CPT):** A standardized coding system consisting of descriptive terms and identifying codes used to document and report health care services and procedures performed by medical professionals.
23. **CUSTODIAL CARE:** Services provided that do not require the skills of a professional and are generally provided on a long term basis, that include but are not limited to room, board and personal assistance.
24. **DEDUCTIBLE:** The individual deductible is the amount of covered charges that must be paid by each insured each policy year before policy benefits are payable, except when otherwise stated. The family deducible is the maximum deductible amount per policy for covered charges equivalent to the sum of two individual deductibles per policy year.
25. **DEPENDENT ADULT:** A person who presents long-term or permanent functional limitation or disability, understood as a restriction in their physical, mental, intellectual, or sensory capacity, determined by an authorized physician or legally declared; therefore, requiring assistance from a third party.
26. **DIAGNOSTIC MEDICAL CENTER:** Medical facility licensed to perform comprehensive medical physical examinations.
27. **DIALYSIS:** A procedure or therapy that performs certain functions of the kidneys when both kidneys have failed or are unable to function adequately, including the removal of waste products and excess fluid from the blood.
28. **DUE DATE:** The date on which the premium is due and payable.

29. **EFFECTIVE DATE:** The date on which coverage under this policy begins and which is stated in the Certificate of Coverage. This date will only be effective after delivery of the insurance policy to the Employer and the expiration of the Ten (10) Day Right to Examine the Policy.
30. **EMERGENCY:** A medical condition manifesting itself by acute signs or symptoms which could reasonably result in placing the Insured's life or physical integrity in immediate danger if medical attention is not provided within twenty-four (24) hours.
31. **EMERGENCY DENTAL TREATMENT:** Treatment necessary to restore or replace sound natural teeth, damaged or lost in a covered accident.
32. **EMERGENCY TREATMENT:** Medically necessary treatment due to an emergency.
33. **EMPLOYEE:** Insured person who has been working a minimum of thirty (30) hours per week for the Employer who contracted this policy.
34. **EMPLOYER:** The legitimate registered business who contracted with the Insurer to provide coverage under this policy for its employees, pays the premium, and is entitled to receive reimbursement of any unearned premium.
35. **EPIDEMIC:** The occurrence of more cases than expected of a disease or other health condition in a given area or among a specific group of persons during a particular period, and declared as such by the World Health Organization (WHO), or the Pan American Health Organization (PAHO) in Latin America, or the United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), or a local government or equivalent body (i.e. local ministry of health) where the epidemic is developing. Usually, the cases are presumed to have a common cause or to be related to one another in some way.
36. **EUTHANASIA OR ASSISTED DEATH:** Voluntary, explicit, and consented act of ending the life of a person who has been previously diagnosed with a terminal phase of an illness/(terminal prognosis), through predetermined medical procedures, as they suffer from a severe and incurable disease, or a severe, chronic, irreversible, and incapacitating condition, causing constant and intolerable physical or psychological suffering.
37. **GENERAL WAITING PERIOD:** The period of time during which the insured will not have any benefit, except for illnesses and injuries caused by an accident that occurs within this period, or those diseases of infectious origin that first manifest themselves during this period.
38. **GENERIC DRUGS:** Medications marketed and sold under the name of their active ingredient and having the same active ingredient, strength, dosage form, and route of administration as the corresponding brand-name drug.
39. **GRACE PERIOD:** The period of time of thirty (30) days after the policy due date during which the Insurer will allow the policy to be renewed.
40. **GROUND AMBULANCE TRANSPORTATION:** Emergency transportation to a hospital by ground ambulance.
41. **HAIR PROSTHESIS (WIGS):** The hair prosthesis is a piece formed by a special base in the form of a mesh to which hair fibers are attached.
42. **HAZARDOUS ACTIVITIES:** Any activity that exposes the participant to any foreseeable danger or risk. Examples of hazardous activities include but are not limited to: Aviation sports, rafting or canoeing involving white water rapids in excess of grade 5, tests of velocity, scuba diving at a depth of more than 30 meters, bungee jumping, participation in any extreme sport or participation in any sport for compensation or as a professional.

43. **HIGHLY SPECIALIZED DRUGS:** Medications with a special mechanism of action designed to treat highly complex and chronic medical conditions, with a high monthly cost and whose follow-up is done under the strict supervision of a specialist. The Insurer will evaluate and determine if it will cover the active component in any of its generic or commercially available presentations.
44. **HOME HEALTH CARE:** Care of the Insured in the Insured's home, which is prescribed and certified in writing by the Insured's attending physician, as required for the proper treatment of the illness or injury, and used in place of inpatient treatment in a hospital. Home Health Care includes the services of a skilled licensed professional (nurse, therapist, etc.) outside of the hospital and does not include Custodial Care.
45. **HOSPITAL:** Any institution which is legally licensed as a medical or surgical facility in the country in which it is located a) which is primarily engaged, in providing diagnostic and therapeutic facilities for clinical and surgical diagnosis, treatment and care of injured and sick persons by or under the supervision of a staff of physicians; and b) which is not a place of rest, a place for the aged or nursing or convalescent home or institution or a long term care facility.
46. **HOSPITAL SERVICES:** Medically necessary treatments or services ordered by a physician for the Insured who is admitted to a hospital.
47. **ILLNESS:** An abnormal condition of the body, manifested by signs, symptoms and/or abnormal findings in medical exams, which makes this condition different than the normal state of the body.
48. **INJURY:** Damage inflicted to the body by an external cause.
49. **INSURED:** An individual for whom an application has been completed, the premium paid, and for whom coverage has been approved by the Insurer and commenced. The term "Insured" includes the Certificate Holder and all dependents covered under this policy.
50. **LABORATORY AND X-RAY SERVICES:** Medically necessary X-ray services and laboratory testing used to diagnose or treat medical conditions.
51. **MEDICAL UNDERWRITING:** Internal process in which the Insurer evaluates risks associated with applicants' health. The process includes review of medical information, health history, demographic profile, lifestyle, among other factors that may be related to the current and/or future medical needs of the members, including but not limited to the following analysis: limitation and/or exclusion of general and/or particular coverage of the policy, and/or rejection of the applicant's request.
52. **MEDICALLY NECESSARY:** A treatment, service or medical supply which is determined by USA Medical Services to be necessary and appropriate for the diagnosis and/or treatment of an illness or injury. A treatment, service or supply will not be considered medically necessary if:
    (a) It is provided only as a convenience to the Insured, the Insured's family, or the provider; or
    (b) It is not appropriate for the Insured's diagnosis or treatment; or
    (c) It exceeds the level of care which is needed to provide adequate and appropriate diagnosis or treatment.
53. **NEWBORN:** An infant from the moment of birth through the first thirty-one (31) days of life.
54. **NOTIFICATION:** The Insured has a mandatory obligation to communicate a notification to the Insurer about the occurrence of an accident or the need to

receive emergency treatment. This notification must be made within the first seventy-two (72) hours from the onset of the need for treatment. A third party may provide the notification on behalf of the Insured should the Insured be unable to do so themself. All notifications must be communicated through the accepted support channels, which are specified on the insurance card.

55. **NURSE:** An individual legally licensed to provide nursing care.
56. **ORGAN TRANSPLANT PROVIDER NETWORK:** A group of hospitals and physicians contracted on behalf of the Insurer for the purpose of providing organ transplant benefits to the Insured. The list of hospitals and physicians in the Organ Transplant Provider Network is available from USA Medical Services and may change at any time without prior notice.
57. **OUTPATIENT SERVICES:** Medical treatments or services provided or ordered by a physician for the Insured when the Insured is not admitted at a Hospital. Outpatient services may include services performed in a hospital or emergency room.
58. **PALLIATIVE CARE:** Palliative care will be understood as care provided to patients who do not respond to the curative procedure and are in the terminal stage. They represent an approach to improving the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening diseases. It includes the prevention and relief of suffering through the early identification, assessment and treatment of pain and other physical, psychosocial, and spiritual problems. Palliative radiotherapies or chemotherapies for treatment of pain are not included.
59. **PANDEMIC:** An epidemic occurring over a widespread area (multiple countries or continents) and usually affecting a substantial proportion of the population.
60. **PHYSICIAN OR DOCTOR:** A person who is legally licensed to practice medicine in the country where treatment is provided and while acting within the scope of their practice. “Physician” or “Doctor” shall also include a person legally licensed to practice as a dentist.
61. **POLICY YEAR:** The period of twelve (12) consecutive months beginning on the effective date of the policy and any subsequent twelve month period thereafter.
62. **PRESCRIPTION MEDICATIONS:** Medications that may legally be dispensed only pursuant to a physician’s prescription. This coverage includes legally authorized generic and brand-name drugs. Such medications are covered when purchased from a duly licensed pharmacy, subject to the terms and limits set forth in the Schedule of Benefits applicable to the selected plan.
63. **PRE-EXISTING CONDITION:** A condition:
    (a) Which was diagnosed by a physician prior to the effective date of the certificate or its reinstatement; or
    (b) For which medical advice or treatment was recommended by or received from a physician prior to the effective date of the certificate or its reinstatement; or
    (c) For which any symptom and/or sign, if presented to a physician prior to the effective date of the certificate would have resulted in the diagnosis of an illness or medical condition.

64. **PREFERRED PROVIDER NET-WORK:** A group of hospitals and physiciansapproved and contracted to treat Insureds on behalf of the Insurer. The list of hospitals The list of hospitals and physicians in the Preferred Provider Network is available from USA Medical Services and may change at any timewithout prior notice
65. **PRIVATE AIRCRAFT:** Any aircraft in a flight that is not regularly scheduled or chartered by a commercial airline.
66. **PROFESSIONAL OR COMPENSATORY SPORT:** The practice of sports professionally or for compensation refers to a voluntary sports practice carried out by athletes, either on their own account or within the organization or direction of a club, league, sports entity or similar, through an established relationship of a regular nature and receiving or with the intention to receive, in exchange, a remuneration derived from this sporting practice in the form of salary, sponsorship or another type of financing or remuneration, and including the respective training even when no compensation is received for it.
67. **RENEWAL DATE:** The first day of the next policy year. The renewal date occurs only on the anniversary date of the policy.
68. **RIDER:** A document added to the policy or Certificate by the Insurer, which adds optional coverage.
69. **SECOND SURGICAL OPINION:** The medical opinion of a physician other than the current attending physician (approved and required by USA Medical Services).
70. **SPECIFIC WAITING PERIOD:** The period of time specified for certain coverages during which the insured will not have that benefit until that specific period is met.
71. **TREATMENT IN URGENCY CARE CENTERS AND CONVENIENCE CLINICS:** Are the treatments received in classified Urgent Care Centers in the United States of America. This is a type of medical service center specializing in the diagnosis and treatment of serious or acute medical conditions, which generally require immediate attention; but do not pose an imminent risk to life or health. This service is an intermediate care between the primary doctor and the emergency service. Services in hospital emergency centers or others that are not Urgent Care will not be covered under this benefit.
72. **USUAL, CUSTOMARY AND REASONABLE:** The usual, customary and reasonable charges for provided medical services in a geographical area, regardless of whether direct payment or reimbursement was used.
73. **WELL BABY CARE:** Routine medical care provided to a healthy newborn.

CONTENIDO

ACUERDO 29
BENEFICIOS 33
Tabla de beneficios 34
Provisiones de la póliza 36
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES 43
ADMINISTRACIÓN 46
DEFINICIONES 51

ACUERDO

BUPA INSURANCE COMPANY (De ahora en adelante denominada el "Asegurador") acuerda pagar al "Titular del Certificado" los beneficios estipulados en esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta póliza

DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA: Esta póliza puede ser devuelta dentro de los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas menos un costo administrativo de setenta y cinco dólares (US$75) y treinta y cinco dólares (US$35) por cada certificado emitido. La póliza puede ser devuelta al asegurador o al agente a quien se compro. De ser devuelta, la póliza será considerada nula como si nunca se hubiese emitido.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD: Esta póliza es emitida basada en la solicitud y el pago de la prima. Si alguna información en las solicitudes está incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida, la póliza puede ser rescindida cancelada o la cobertura modificada a la sola discreción del asegurador.

ELEGIBILIDAD: Esta póliza sólo puede ser emitida a empleadores y sus empleados, residentes de la América Latina y el Caribe quienes trabajen un mínimo de treinta (30) horas por semana para el empleador. Para ser elegible para este seguro, el grupo debe tener un mínimo de quince (15) empleados. El empleado debe tener una edad mínima de dieciocho (18) años de edad (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y tres (73) años de edad. No hay edad máxima para cobertura bajo los mismos términos y condiciones de esta póliza para los Asegurados que renueven su póliza. El empleador debe contribuir con un mínimo del veinticinco por ciento (25%) del pago de la prima.

Dependientes elegibles incluyen el cónyuge del Titular del Certificado, hijos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores para los cuales el Titular del Certificado ha sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que hayan sido identificados en la solicitud y para los cuales se provee cobertura bajo la póliza.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Titular del Certificado hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros.

Si un hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o se muda a otro país de residencia o si un cónyuge dependiente deja de estar casado con el Titular del Certificado por motivo de divorcio o anulación o se muda a otro país de residencia, la cobertura para dicho dependiente terminará en la siguiente fecha de aniversario de la póliza.

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

Cualquier persona asegurada cuya cobertura termine después de tres (3) años consecutivos y continuos de cobertura bajo ésta póliza, y que nunca haya presentado ninguna reclamación durante la vigencia de su cobertura, y que cumpla otros

requisitos de la póliza, será elegible para una póliza individual Bupa Secure Care o Bupa Essential Care ofrecida por el Asegurador sin selección de riesgos, con las mismas condiciones y/o restricciones en existencia bajo ésta póliza.

RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para los efectos de esta póliza, ''país de residencia'' significa el país donde se encuentra el Asegurado (principal y nombrados) físicamente residiendo al menos por ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante un período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Para tener derecho a la cobertura, el país de residencia del Asegurado (principal y dependientes nombrados) debe estar en Latinoamérica o el Caribe.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'').La Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad, modificar la prima, cancelar o no renovar la póliza, en caso de que cualquier Asegurado (principal y dependientes nombrados) residan o estén físicamente presente en un país fuera de Latinoamérica o el Caribe u otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.

EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES: 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 EL 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.

COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura comienza a las 00:01 horas Estándar del Este (EE.UU.) en la fecha efectiva de la póliza y termina a las 24:00 horas Estándar del Este (EE.UU.):

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

(b) Por el no pago de la prima; o

(c) A pedido por escrito del Titular del Certificado de terminar la cobertura; o

(d) A pedido por escrito del Titular del Certificado de terminar la cobertura para algún dependiente; o

(e) Por notificación escrita del Asegurador como se establece en las condiciones de esta póliza.

La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en la fecha de vencimiento del pago.

AVISO REQUERIDO POR LA COMPAÑÍA

El Asegurado debe contactar a la administradora de reclamos del Asegurador, USA Medical Services, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes al inicio del tratamiento.

Si el Asegurado no entra en contacto con USA Medical Services como se ha establecido previamente, el asegurado será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, en adición al deducible y al coaseguro (si es aplicable).

USA Medical Services puede ser contactada las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En los EE.UU.:	(305) 275-1500
Sin cobro desde los EE.UU.:	1-800-726-1203
Fax:	+1 (305) 275 1518
Visite Mi Bupa y envíenos sus preguntas en nuestra opción de Consulta:	www.bupasalud.com/MiBupa
Fuera de los EE.UU.:	El número de teléfono puede ser encontrado en su tarjeta de identidad o en o en www.bupasalud.com

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

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

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

Usted es responsable de revisar todos sus documentos y correspondencia online.

BENEFICIOS

- Vea la sección correspondiente de la póliza para detalles, limitaciones y restricciones
- El plan Bupa Group proporciona cobertura solamente en la red de proveedores preferidos. Ningún beneficio es pagable por servicios prestados fuera de la red de proveedores preferidos excepto bajo la provisión de cobertura médica de emergencia.
- Si los servicios por recibir son proporcionados a través de un proveedor dentro de la red, pero los honorarios del médico se facturan por separado del centro, la cobertura se alineará con los montos contratados con el centro para este servicio y sujetos a las tarifas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable).
- El beneficio máximo es de cinco millones de dólares (US$5,000,000) por asegurado, de por vida por todos los gastos médicos y de hospitales cubiertos durante la vigencia de la póliza, sujeto a los limites que se indican en la Tabla de Beneficios.
- Ni el Asegurador, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

TABLA DE BENEFICIOS

Gastos cubiertos (por Asegurado, por Año Póliza)	Beneficio máximo
Cuarto de hospital privado o semi-privado y alimentación	Sin límite
Unidad de cuidados intensivos y alimentación	Sin límite
Beneficios por maternidad (excepto planes IV, V y VI) (No se aplican deducible ni coaseguro)	US$2,500
Cobertura del recién nacido (No se aplican deducible ni coaseguro)	US$25,000
Desórdenes congénitos y hereditarios • Manifestados antes de los 18 años de edad (por Asegurado, de por vida) • 18 años de edad (por Asegurado, de por vida)	 100000 US$5,000,000
Trasplante de órganos (por asegurado, de por vida)	US$250,000
Transportación por ambulancia aérea (por Asegurado, de por vida)	US$25,000
Transportación por ambulancia terrestre (por incidente)	US$1,000
Repatriación de restos mortales	US$5,000
Tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos (por incidente)	US$25,000
Condiciones preexistentes declaradas (cobertura máxima por Asegurado de por vida después de 24 meses de cobertura continua)	US$25,000

DEDUCIBLE

- Todos los asegurados bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible por cada año póliza, según el plan seleccionado por el Titular del Certificado. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente es aplicada por Asegurado, por año póliza antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al Asegurado. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos deducibles individuales. Todos los Asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar la cantidad máxima del deducible. Una vez que la cantidad máxima correspondiente al deducible por póliza ha sido alcanzada, el Asegurador considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada Asegurado por concepto de deducible.
- Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

  Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado.

COASEGURO

- El Asegurado es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares (US$5,000) de gastos aprobados después de satisfacer el deducible establecido, (excepto los planes IV, V y VI).
- Un (1) coaseguro por Asegurado, por año póliza.
- En el caso de un accidente que involucre a múltiples miembros de una familia asegurada bajo el mismo certificado, se aplicarán un máximo de dos (2) coaseguros para este incidente. Otros coaseguros para enfermedades o lesiones no relacionadas con el accidente pueden ser aplicados a los miembros de la familia a quienes no se les aplicó un coaseguro.Si se notifica a USA Medical Services como requerido en la póliza, el coaseguro no será aplicado a los servicios médicos recibidos en el país de residencia (excepto México).

PROVISIONES DE LA PÓLIZA

1. **HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** La cobertura para los honorarios del anestesista debe ser aprobada previamente por USA Medical Services y está limitada a la menor de:
   (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables del anestesista; o
   (b) Treinta por ciento (30%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
   (c) Treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico; o
   (d) Tarifas especiales establecidas por el Asegurador para una área o país determinado.
2. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para esta operación y aprobado previamente por USA Medical Services. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados a lo menor de:
   (a) Veinte por ciento (20%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento quirúrgico de que se trate; o
   (b) Veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o
   (c) Si más de un médico/cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos/cirujanos asistentes no excederá el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para dicho procedimiento quirúrgico; o
   (d) Tarifas especiales establecidas por el Asegurador para una área o país determinados.
3. **CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR Y TERAPIA FÍSICA AMBULATORIA:** La cobertura para este cuidado o tratamiento debe ser aprobado con anterioridad por USA Medical Services, incluyendo cualquier y todas las extensiones. En todos los casos, la evidencia de la necesidad médica y el plan de tratamiento deben ser recibidos por USA Medical Services.
4. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Solamente el tratamiento dental de emergencia que tiene lugar dentro de los primeros noventa (90) días de la fecha del accidente cubierto tendrá cobertura bajo esta póliza.
5. **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** El Plan Bupa Group ofrece tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos en aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) con el deducible normal del plan y el coaseguro (si es aplicable). El Asegurado será responsable por treinta por ciento (30%) de todos los cargos médicos y de hospital que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares (US$25,000) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Preferidos.
6. **TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA:** La transportación de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente es cubierta si relacionada con una condición cubierta para la cual el tratamiento no puede ser proporcionado localmente y la transportación por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. La transportación de emergencia deberá ser provista hasta la instalación médica más cercana por una compañía

de transporte licenciada y autorizada. El vehículo o aeronave usada debe contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para tratar emergencias médicas.

Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa del Asegurador podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de La Aseguradora se realizará según la siguiente priorización:

(a) Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

(b) Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

(c) Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte o,

(d) En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

En los casos en que se requiera una ambulancia terrestre, debido a un accidente, se deberá notificar al asegurador dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento.

Las atenciones programadas que no se consideren una emergencia no estarán cubiertas por el beneficio de Transportación de Emergencia.

(a) Transportación por Ambulancia Aérea:

I. Todo el transporte en ambulancia aérea debe ser evaluado, aprobado previamente y coordinado por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar los gastos.

II. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de veinticinco mil dólares (US$25,000) por Asegurado de por vida.

III. El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, USA Medical Services y cualquier compañía afiliada con la Aseguradora o USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración libre de responsabilidad por cualquier negligencia resultante de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causados por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales debido a condiciones operacionales.

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

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

(b) Transportación por Ambulancia Terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de mil dólares (US$1,000) por incidente.

7. CUIDADOS DE MATERNIDAD (Excepto los planes IV, V y VI):

(a) Existe un beneficio máximo de dos mil quinientos dólares (US$2,500) para cada embarazo sin deducible ni coaseguro.

(b) Tratamientos pre y post-natales, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), parto, vitaminas requeridas durante el embarazo, complicaciones del embarazo o del parto, y el cuidado del recién nacido saludable están incluidos en los beneficios máximos de maternidad establecidos en esta póliza.

(c) Este beneficio aplicará para maternidades cubiertas. Maternidades cubiertas son aquellas en las que la fecha del parto es por lo menos doce (12) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la madre asegurada.

(d) No hay cobertura de maternidad para las hijas dependientes.

(e) Aquellos Titulares de Certificado que eran anteriormente hijos dependientes bajo otra póliza con el Asegurador, deben mantener su póliza individual por un mínimo de doce (12) meses para ser elegibles para este beneficio de cuidados de maternidad.

(f) El período de doce (12) meses de espera para la cobertura de maternidad siempre deberá cumplirse, haya sido o no exonerado el período de espera general de noventa (90) días para cobertura de esta póliza.

Existe una cobertura adicional opcional disponible (excepto para los planes IV, V y VI) para cubrir complicaciones de la maternidad y del recién nacido.

8. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Si nace de una Maternidad Cubierta:

i. Cobertura provisional: Si nace de una maternidad cubierta, cada recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier complicación del parto, cualquier lesión, o enfermedad durante los primeros noventa (90) días después del nacimiento hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) sin deducible ni coaseguro.

ii. Cobertura permanente: Para tener cobertura permanente, de un hijo nacido de una maternidad cubierta, una “Notificación de Nacimiento” consistente del nombre completo del recién nacido, sexo y fecha de nacimiento, debe someterse dentro de los primeros noventa (90) días de nacido. Efectiva desde la fecha de nacimiento la cobertura con el deducible y coaseguro aplicables será entonces hasta el límite de la póliza.

Los límites de la póliza para complicaciones del nacimiento relacionados a un recién nacido están limitados a los beneficios máximos descritos en la provisión 8 (a) i.

La prima para la adición es pagadera al tiempo de la notificación de nacimiento. Si la notificación no es recibida dentro de los 90 días siguientes al nacimiento, entonces una solicitud de seguro será requerida para la adición y estará sujeta a evaluación de riesgos.

iii. Los cuidados del recién nacido saludable están solamente cubiertos como aparece en la provisión de “Cuidados de Maternidad” de la póliza.

(b) Si NO nace de una Maternidad Cubierta, no hay cobertura provisional para el recién nacido. Para agregar un recién nacido a la póliza, se requiere el pago de la prima y el envío de una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgos por el Asegurador.

9. CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS: La cobertura bajo esta póliza para desórdenes congénitos y hereditarios es como sigue:

(a) Los beneficios máximos de por vida por cualquier desorden congénito y hereditario que se manifieste antes del décimo octavo (18°.) cumpleaños son:

i. Cien mil dólares (US$100,000) por persona, incluyendo cualquier beneficio ya pagado sobre un Certificado o anexo ya existente, después del deducible y el coaseguro (si se aplica), por cualquier desorden congénito y hereditario manifestado inicialmente en o después de la fecha de aniversario de la póliza y/o la fecha efectiva del certificado ocurrida en o después de agosto 1°. 2003.

ii. Veinticinco mil dólares (US$25,000) por persona hasta el décimo octavo (18°.) cumpleaños del Asegurado incluyendo cualquier beneficio ya pagado sobre un Certificado o anexo ya existente, para asegurados nacidos bajo una maternidad cubierta solamente, cuando el desorden congénito y hereditario se manifestó inicialmente con anterioridad al aniversario de la póliza y/o la fecha efectiva del Certificado en o después de Agosto 1°. 2003.

(b) Los beneficios máximos de por vida por un desorden congénito y hereditario que se manifieste en o después del décimo octavo (18°.) cumpleaños del Asegurado y subsiguiente al aniversario de la póliza y/o la fecha efectiva del certificado en o después de Enero 1°. 2000 son igual al máximo límite de esta póliza, después del deducible y coaseguro (si se aplica).

10. COBERTURA CONTINUA PARA SEGURO DE GRUPO (PROVISIÓN DE NO PÉRDIDA NO GANANCIA): Esta provisión se aplica a todos los grupos activos que tengan cobertura bajo una póliza de grupo con otra Compañía Aseguradora. Los asegurados con condiciones preexistentes declaradas y embarazos cubiertos bajo otro plan de grupo, seguirán cubiertos por esta póliza, sin embargo la póliza con el menor beneficio se aplicará por un período de doce (12) meses a partir de la fecha efectiva de ésta póliza. Bajo esta provisión, no será aplicado el período de espera de maternidad de doce (12) meses, ni el de condiciones preexistentes declaradas de dos (2) años. Después de doce (12) meses, regirá la cobertura de esta póliza. Para que esta provisión sea efectiva, todos los empleados cubiertos bajo el plan de grupo anterior deben ser transferidos a esta póliza.

Empleados agregados a la póliza de grupo después de la fecha efectiva de esta póliza NO están sujetos a esta provisión.

11. TRASPLANTE DE ÓRGANOS: La cobertura de trasplante de órganos y tejidos humanos será proporcionada solamente dentro de la "Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos" del Asegurador. No existe cobertura fuera de la Red de Trasplantes de Órganos. El beneficio máximo para trasplante de órganos es doscientos cincuenta mil dólares (US$250,000) por asegurado, de por vida. Este beneficio de trasplante de órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por un proveedor, certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y aprobada por USA Medical Services y está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye:

(a) Cuidados previos al trasplante, lo cual incluye los servicios directamente relacionados con evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.

(b) Estudios prequirúrgicos incluyendo exámenes de laboratorio, Rayos-X, tomografía computarizada (CT Scan), imágenes de resonancia magnética (MRI's), ultrasonido, biopsias, medicamentos y suministros.

(c) El costo de búsqueda, obtención y transportación del órgano hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) (que está incluido como parte de la cobertura máxima en el beneficio de trasplante).

(d) Cuidados posteriores al trasplante incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento posterior y médicamente necesario resultante del trasplante o cualquier complicación que surja después del procedimiento, sea directa o indirectamente consecuencia del trasplante.

(e) Cualquier medicamento o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

(f) Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la lesión, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas de oficina o clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

12. **RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** El Plan Bupa Group provee cobertura únicamente en los hospitales de la "Red de Proveedores Preferidos", independientemente de si el tratamiento ocurre en su país de residencia o fuera de su país de residencia. No hay cobertura fuera de la "Red de Proveedores Preferidos", excepto en casos de emergencia.

    (a) Para asegurarse que el proveedor de servicios médicos es miembro de la "Red de Proveedores Preferidos", todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por USA Medical Services.

    (b) En aquellos casos en que la Red no sea especificada en su país de residencia, no existe restricción en cuanto a los hospitales que usted pueda utilizar en su país de residencia.

13. **MEDICAMENTOS RECETADOS:** Los medicamentos por receta están cubiertos solamente si fueron recetados por primera vez durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria y por un período máximo de seis (6) meses después de la hospitalización o cirugía, a menos que el Asegurador apruebe una extensión. En todos los casos, una copia de la receta del médico que lo atiende debe acompañar la reclamación.

14. **TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Prótesis dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), equipos médicos durables, implantes, radioterapia, y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Los tratamientos especiales serán provistos por el Asegurador o reembolsados al costo incurrido por el Asegurador si los hubiera comprado a sus proveedores.

15. **CONDICIONES PREEXISTENTES:** Las condiciones preexistentes se clasifican en dos categorías:

    (a) Declaradas al llenar la solicitud: Las condiciones pre-existentes declaradas, a menos que estén específicamente excluidas por una enmienda a la póliza o al Certificado serán cubiertas después de dos (2) años a partir de la fecha efectiva del Certificado, hasta una cobertura máxima de por vida de veinticinco mil dólares (US$25,000) por asegurado.

    (b) No declaradas al llenar la solicitud: Condiciones preexistentes no declaradas al llenar la solicitud nunca tendrán cobertura durante el tiempo de efectividad de la póliza. Además, el Asegurador retiene el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza o el Certificado basado en la omisión de dichas condiciones por el Asegurado.

16. **ENFERMEDAD O LESIÓN EN AERONAVE PRIVADA:** Cualquier enfermedad o lesión sufrida como pasajero en una Aeronave Privada está cubierta hasta un máximo de doscientos cincuenta mil dólares (US$250,000) por Asegurado, de por vida.

    Existe un anexo de cobertura opcional disponible para cubrir pilotos privados y miembros de la tripulación.

17. **REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En el caso de que un Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, el Asegurador pagará hasta cinco mil (US$5,000) dólares por la repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido si la muerte resultó por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la póliza si el Asegurado hubiese sobrevivido. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo a su país de residencia. Los arreglos deben ser coordinados conjuntamente con USA Medical Services.

18. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA:** Si un cirujano ha recomendado que un asegurado sea sometido un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a USA Medical Services por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si una segunda opinión quirúrgica es considerada necesaria por el Asegurador o USA Medical Services, esta debe ser conducida por un médico elegido y convenido por USA Medical Services. Únicamente las segundas opiniones requeridas y coordinadas por USA Medical Services estarán cubiertas. En el caso en que la segunda opinión quirúrgica contradiga, o no confirme la necesidad de la cirugía, el Asegurador también pagará por una tercera opinión de un médico seleccionado por USA Medical Services. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de la cirugía, los beneficios por esa cirugía serán pagados de acuerdo con esta póliza.

    SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS CARGOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, EN ADICIÓN AL DEDUCIBLE DEL PLAN Y AL COASEGURO (SI ES APLICABLE).

19. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** La cobertura es provista solamente cuando es médicamente necesaria.

20. **ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL:** La estadía máxima en un hospital por una enfermedad o lesión específica o por cualquier tratamiento relacionado es de ciento ochenta (180) días durante los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la primera admisión.

21. **DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Cuando una deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico será cubierto si previamente ha sido autorizado por USA Medical Services. La evidencia de trauma en la forma de fractura debe ser confirmada por medios radiográficos (Rayos-X, CT scan, etc.)

22. **TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA:** Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos al cien por ciento (100%), con un copago de cincuenta dólares (US$50). Estos gastos no están sujetos a deducible.

23. **PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS):** La cobertura para prótesis capilar está sujeta a las siguientes condiciones:

    (a) Cuando el asegurado esté llevando un tratamiento para el cáncer.
    (b) La pérdida de cabello sea directa y exclusiva a consecuencia del tratamiento de cáncer.
    (c) Debe ser pre-autorizado por la Aseguradora.

24. **TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER:** La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento 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 tratamiento contra el cáncer, exámenes de laboratorio, honorarios médicos específicamente asociados a la planificación y ejecución del tratamiento oncológico, estudios de imagenología para diagnóstico, quimioterapia, consultas médicas, cirugía reconstructiva, siempre que sea médicamente necesaria y esté directamente relacionada con el tratamiento del cáncer y medicamentos recetados.
25. **TELEMEDICINA:** Se podrá acceder a servicios de atención médica remota, incluyendo Videoconsultas en Medicina general, asesoramiento médico en ciertas especialidades, así como otras capacidades digitales dirigidas al cuidado de la salud. Estos servicios digitales se prestarán a través de blua, la salud digital de Bupa. Para acceder a ellos, se puede hacer a través de la aplicación “My Bupa Latin America” o a través de la página web de la Compañía www.bupasalud.com. En ambos casos todas las funcionalidades digitales y programas de salud se encuentra bajo la descripción de blua.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Este contrato no proporciona cobertura o beneficios para lo siguiente:

1. El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad o cualquier cargo resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro que:
   (a) No sea médicamente necesario; o
   (b) Para un Asegurado que no se encuentra bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional cualificado; o
   (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor; o
   (d) Cuidados de custodia.
2. Cualquier cuidado o tratamiento estando en su juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto-inflingidas, suicidio, suicidio fallido, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales o el uso ilegal de substancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
3. Exámenes de rutina de ojos y oídos (a excepción de aquellos exámenes que son realizados como parte del protocolo en las consultas ambulatorias), dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir desórdenes de refracción visual.
4. Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
5. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
6. Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza. Esto también incluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido inducido por trauma, excepto como se provee en esta póliza.
7. 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.
8. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU.
9. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro.
10. Procedimientos para diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes de la conducta o del desarrollo. Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.

11. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio en particular o suministro para el área geográfica.

12. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, y enfermedades transmisibles sexualmente.

13. Tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionadas o emanante como complicación de aquellos servicios médicos, mentales o dentales u otras condiciones no cubiertas por esta póliza o por un Certificado.

14. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso o cualquier forma de suplemento alimenticio (a menos que sea necesario para mantener la vida de una persona gravemente enferma).

15. Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicure, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

16. Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo o estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta.

17. Tratamiento de lesiones resultantes de la participación en cualquier actividad peligrosa.

18. Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta.

19. Cualquier terminación del embarazo voluntariamente inducida, a menos que la muerte inminente de la madre sea aparente.

20. Cualquier desorden congénito o hereditario, o enfermedad excepto como provisto para ello bajo las provisiones de esta póliza.

21. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionados con un accidente cubierto o después de 90 días de la fecha de tal accidente.

22. Tratamiento de lesiones resultantes de mientras en servicio como miembro de la policía o de una unidad militar o por participación en guerra, motín, conmoción civil o cualquier actividad ilegal incluyendo el encarcelamiento resultante.

23. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo o enfermedades relacionadas con el SIDA.

24. Una admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto si es aprobada por escrito por el Asegurador.

25. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

26. Tratamiento por el cónyuge, el padre, la madre, hermano, hermana, hijo o hija de cualquier Asegurado bajo un certificado en esta póliza.

27. Medicamentos de venta libre o medicamentos obtenibles sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado

estuvo ingresado en un hospital y medicamentos prescritos que no son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.

Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea anticonceptivo sino más bien médicamente necesario para tratar una condición o diagnóstico médico.

28. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por el Asegurador.

29. Tratamiento por lesiones sufridas mientras viajaba como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada.

30. Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, dispositivo mono o biventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

31. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.

32. El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos.

33. Eutanasia o Muerte Asistida: Esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades (voluntaria activa, voluntaria pasiva o suicidio asistido), incluso si en el país donde se encuentre el asegurado dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.

34. Prótesis Capilares (Pelucas): estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

a. No sean pre-autorizados por la aseguradora.

b. Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

ADMINISTRACIÓN

1. **AUTORIDAD:** Ningún Agente tiene autoridad para cambiar la póliza o exonerar cualquiera de sus provisiones. Después de ser emitida, ningún cambio en la póliza será valido a menos que sea aprobado por escrito por un oficial o el Jefe de Evaluación de Riesgos del Asegurador y tal aprobación sea avalada por una enmienda a la póliza.
2. **CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado debe notificar por escrito al Asegurador cualquier cambio de su país de residencia dentro de un período máximo de treinta (30) días calendario después de haber efectuado dicho cambio. Los cambios de residencia del Asegurado fuera del país de residencia declarado en la solicitud, resultarán en modificación de la cobertura o cancelación de la póliza o del Certificado, a la sola discreción del Asegurador. Cambios de residencia a los EE.UU. resultarán en la no-renovación de la póliza o del Certificado. La falta de notificación al Asegurador de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza o del Certificado, o en la modificación de la cobertura en la fecha del próximo aniversario a la sola discreción del Asegurador. EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO NO PODRÁ SER LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.
3. **COMIENZO DEL SEGURO:** Sujeto a las estipulaciones de esta póliza, los beneficios comienzan en la Fecha Efectiva de la póliza y de cada Certificado y no en la fecha en que se solicitó el seguro.
4. **OTRA COBERTURA DE SEGURO:** Cuando existe otra póliza que proporciona beneficios también cubiertos por ésta póliza, los beneficios serán coordinados. Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deben ser efectuadas en primera instancia contra de la otra póliza. Esta póliza sólo proveerá beneficios cuando los beneficios, pagables bajo la otra póliza hayan sido agotados. Fuera del país de residencia, Bupa Insurance Company funcionará como primer Asegurador y retiene el derecho de recaudar cualquier pago de otro asegurador local u otros aseguradores.
5. **CONTRATO COMPLETO / CONTRATO CONTROLADOR:** La póliza, el certificado, la solicitud, el Certificado de Cobertura y cualquier enmienda, o cláusula adicional constituirán el contrato completo entre las partes. La traducción al español se provee como conveniencia para el Asegurado. La versión en inglés de esta póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa sobre esta póliza.
6. **PERÍODO DE GRACIA:** Si la prima no es recibida en la fecha de su vencimiento, el Asegurador concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por el Asegurador antes del final del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Beneficios no serán proporcionados durante el período de gracia a menos que la póliza sea renovada.
7. **INSOLVENCIA:** La insolvencia, bancarrota, incapacidad financiera, plan de arreglo voluntario con acreedores o la disolución de la empresa del Empleador no impondrán al Asegurador ninguna responsabilidad fuera de la que específicamente se incluye en esta póliza.
8. **PAGO DE RECLAMACIONES:** Es la política del Asegurador efectuar los pagos directamente a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea

posible, el Asegurador reembolsará al Titular del Certificado las tarifas contractuales dadas al Asegurador por el proveedor en cuestión y/o de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para esa área en particular, lo que sea menor. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será de la responsabilidad del Asegurado. En caso de muerte del Titular del Certificado, el Asegurador pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado fallecido.

Ni el Asegurador, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

9. **MONEDA:** Todos los valores mencionados en esta póliza son en dólares de los EE.UU.

10. **EXÁMENES FÍSICOS:** El Asegurador, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Asegurado cuyas enfermedades o lesiones sean la base de una reclamación cuando y con la frecuencia que lo considere necesario durante el tiempo que dicha reclamación se encuentre pendiente. En caso de muerte el Asegurador tiene el derecho de requerir una autopsia en el lugar escogido por el Asegurador.

11. **OBLIGATORIEDAD DE COOPERAR:** El Asegurado proporcionará al Asegurador todos los expedientes y reportes médicos y, cuando solicitado por el Asegurador, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que el Asegurador obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con el Asegurador o el no autorizar el acceso del Asegurador a los expedientes y reportes médicos puede ser causa para que una reclamación sea denegada.

12. **CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** El Asegurador retiene el derecho de inmediatamente cancelar o modificar la póliza o un Certificado si se descubre que las declaraciones en la solicitud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, llevando al Asegurador a aprobar una solicitud cuando, con la información correcta o completa, el Asegurador hubiera emitido una póliza o un Certificado con cobertura restringida o hubiera declinado proporcionar el seguro.

    El Asegurador retiene el derecho de cancelar de manera anticipada o modificar una póliza o el Certificado en términos de tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, si el Asegurado cambia su país de residencia independientemente de los años que la póliza o el certificado haya estado en vigor y el plan no está disponible en el nuevo país de residencia.

    Si un Asegurado reside en los EE.UU. en forma continua o discontinua por más de 180 días durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días sin importar el tipo de visa emitida al Asegurado para tal propósito, la póliza o el certificado terminará automáticamente en la siguiente fecha de renovación.

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

    El Asegurador se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar una póliza en una base de “clase “ como es definida en ésta póliza.

    Esta póliza está sujeta a evaluación de riesgo en cada fecha de aniversario y el Asegurador retiene el derecho de cancelar, no renovar la póliza, modificar la cobertura, o cambiar la prima.

13. **NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA DE GRUPO:** La cobertura de ésta póliza puede ser terminada por el Asegurador o por el Empleador solamente en la fecha de aniversario de la misma.

14. **EMISION DE LA PÓLIZA:** Esta póliza no podrá ser emitida o entregada en los EE.UU., excepto cuando sea específicamente permitido por las leyes del Estado de la Florida. La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el Empleador en su país de residencia.

15. **MODALIDADES DE PÓLIZA:** Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales. Las primas deben ser pagadas anualmente, a menos que el Asegurador autorice otra modalidad de pago.

16. **PAGO DE LA PRIMA:** El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Empleador. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en otra fecha de vencimiento si es autorizada por el Asegurador. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y el Asegurador no garantiza la entrega de los mismos. Si el Empleador no recibe un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento y el Empleador no sabe el monto correcto del pago de la prima el Empleador debe contactar a su Agente o al Asegurador. El pago también puede efectuarse a través de nuestro sitio de Internet (www.bupasalud.com).

17. **CAMBIO DE TARIFAS:** El Asegurador se reserva el derecho de cambiar las tarifas de esta póliza en cada fecha de renovación.

18. **PRUEBA DE RECLAMACIÓN:** El asegurado deberá solicitar su reembolso a través de mi Bupa en www.bupasalud.com, o enviar su solicitud a servicio@bupalatinamerica.com, incluyendo copia de las facturas detalladas, expedientes médicos y pruebas de pago, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no hacer esto resultará en que la reclamación sea denegada. La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos estará de acuerdo con la tasa de cambio oficial determinada por el Asegurador en la fecha del servicio. Adicionalmente, el Asegurador se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

19. **REEMBOLSOS:** Si el Empleador, un Asegurado o el Asegurador cancela la póliza o un Certificado después de haber sido emitida, reinstalada o renovada, el Asegurador reembolsará la porción no devengada de la prima menos los costos administrativos y los costos de emisión de la póliza hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima. Los costos de emisión de la póliza, los cargos por los servicios de USA Medical Services y treinta y cinco por ciento (35%) de la prima básica no son reembolsables. La porción no utilizada de la prima está basada en el número de días correspondientes a la modalidad de los pagos menos el número de días que la póliza o el certificado estuvo en vigor.

20. **REHABILITACIÓN:** Todas las pólizas o certificados rehabilitados después del período de gracia de treinta (30) días son consideradas nuevas pólizas, o certificados con ninguna antigüedad o crédito suministrado al Asegurado. Todas las condiciones médicas existentes anteriores a la fecha de rehabilitación de la póliza o del Certificado serán consideradas y tratadas bajo esta póliza como condiciones pre-existentes. Ninguna rehabilitación será autorizada noventa (90) días después de la fecha efectiva de terminación de la póliza o del Certificado.

21. **APELACIÓN DE RECLAMACIONES:** En caso de cualquier desacuerdo entre el Asegurado y el Asegurador sobre ésta póliza de seguro y/o sus provisiones, el Asegurado, antes de comenzar cualquier arbitraje o procedimiento legal, pedirá una revisión del caso por el "Comité de Apelaciones de Bupa Insurance Company". Para comenzar esta revisión, el Asegurado debe 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 porqué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa Insurance Company a cargo de USA Medical Services. Al presentarse el pedido de revisión, el Comité de Apelaciones determinará si es necesaria alguna información y/o documentación adicional y actuará para obtenerla oportunamente. Dentro de los próximos treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado de su decisión y del razonamiento en que se basó esa decisión.

22. **ARBITRAJE, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA AL JURADO:** Cualquier desacuerdo que pueda persistir después de una apelación como se determina aquí, debe ser primero sometida a arbitraje. En tales casos, el Asegurado y el Asegurador someterán sus diferencias a tres (3) árbitros: cada parte seleccionará un árbitro y el tercer árbitro deberá ser seleccionado por los árbitros de las partes. En caso de desacuerdo entre los árbitros, la decisión descansará en la mayoría. Tanto el Asegurado como el Asegurador pueden iniciar el arbitraje notificando por escrito a la otra parte, demandando el arbitraje y nombrando su árbitro. La otra parte contará con veinte (20) días después de recibir dicha notificación dentro de los cuales debe designar su árbitro. Los dos (2) árbitros designados por las partes dentro de los diez (10) días siguientes elegirán el tercer árbitro y el arbitraje será llevado a cabo en el lugar establecido más adelante, diez (10) días después del nombramiento del tercer árbitro. Si la otra parte no nombra su árbitro dentro de los veinte (20) días señalados, la parte demandante designará el segundo árbitro sin que la otra parte deba considerarse agredida por ello. El arbitraje tendrá lugar en el Condado de Miami-Dade, Florida, EE.UU. o en el país de residencia del Asegurado si es aprobado por el Asegurador. Los gastos de arbitraje serán compartidos igualmente entre las partes.

    El Asegurado confiere jurisdicción exclusiva en el condado Miami-Dade, Florida para determinación de cualquier derecho bajo esta póliza. El Asegurador y el Asegurado cubierto por esta póliza acuerdan expresamente tener juicio por juez solamente, en cualquier acción legal que surja directa o indirectamente de esta póliza. Además, el Asegurador y el Asegurado acuerdan pagar los costos y honorarios de sus respectivos abogados, incluyendo los gastos incurridos en el arbitraje.

23. **SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN:** El Asegurador tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte del Asegurado a quien ha pagado, o en su favor ha pagado, cualquier reclamación si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de una tercera entidad. Además, el Asegurador tiene el derecho de proceder a su propio costo en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza o que puedan ser responsables de proveer indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

24. **TERMINACIÓN DE COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA:** En la eventualidad que una póliza o un certificado sean terminados por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación y el Asegurador será sólo responsable de tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que tuvieron lugar antes de la fecha efectiva de terminación

de la póliza o el Certificado. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser requerido.

25. CAMBIO DE PLAN: El asegurado principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la póliza a través del Empleador y la Aseguradora deberá recibir la solicitud. Éste debe ser notificado por escrito y la Aseguradora deberá recibir la solicitud antes de la fecha de aniversario. Cuando el asegurado principal solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

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

(b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

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

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

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

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

26. CONDICIÓN DE RENOVACIÓN: Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Titular notifique de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la fecha de vencimiento del pago. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas.

DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE:** Evento desafortunado que ocurre de forma imprevista y súbita, provocado por una causa externa, siempre sin la intención de causarlo por parte del asegurado, el cual provoca lesiones o trauma y requiere atención médica ambulatoria u hospitalización del paciente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la aseguradora, y la compensación será determinada de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza.
2. **ACTIVIDADES PELIGROSAS:** Cualquier actividad que expone al participante a un riesgo o peligro previsible. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no están limitados a: Deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, "bungee jumping", participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
3. **ADULTO DEPENDIENTE:** Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.
4. **AERONAVE PRIVADA:** Cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una línea aerolínea comercial.
5. **ANEXO:** Documento agregado a la póliza o al certificado que adiciona cobertura opcional.
6. **AÑO CALENDARIO:** Del 1o. de Enero al 31 de Diciembre del mismo año.
7. **AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza y cualquier período posterior subsiguiente de doce meses.
8. **ASEGURADO:** La persona para quien la solicitud ha sido completada, la prima pagada, y para quien la cobertura ha sido aprobada por el Asegurador y ha comenzado. El término "Asegurado" incluye al Titular del Certificado y todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.
9. **CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO:** Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes físicos completos.
10. **CERTIFICADO:** Documento emitido a la persona asegurada para quien la cobertura ha sido aprobada por el Asegurador.
11. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento de la póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura y enumera todas las personas cubiertas.
12. **CLASE:** Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupo de edad, país, plan, año de póliza o una combinación de cualesquiera de éstos.
13. **COASEGURO:** Es la porción de los gastos aprobados que el Asegurado debe pagar después de satisfacer el deducible establecido.
14. **CÓDIGOS CPT "Current Procedural Terminology" (CPT) o en español, "Terminología Procedimental Actual":** Es una lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

15. **COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO:** Cualquier desorden relacionado con el nacimiento de un recién nacido no causado por factores genéticos, que se manifiesta durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, distrés respiratorio y traumatismos durante el nacimiento.
16. **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Es una condición:
    (a) Que fue diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva del certificado o de su rehabilitación; o
    (b) Por la cual consejo médico o tratamiento fue recomendado o recibido de un médico antes de la fecha efectiva del certificado o su rehabilitación; o
    (c) Por la cual cualquier síntoma o signo hubiera resultado en el diagnóstico de una enfermedad o desorden si se hubiera presentado a un médico antes de la fecha efectiva del certificado.
17. **CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA:** La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

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

    El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.
18. **COPAGO:** El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios.
19. **CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR:** Cuidados del Asegurado en su hogar los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante del Asegurado, como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización. Los Cuidados de Salud en el Hogar incluyen los servicios de profesionales calificados y licenciados (enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital y no incluye los Cuidados de Custodia.
20. **CUIDADO DE RUTINA DEL RECIÉN NACIDO:** Es el cuidado de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.
21. **CUIDADOS DE CUSTODIA:** Servicios proporcionados que no requieren la destreza de un profesional y que generalmente son proporcionados durante largos períodos de tiempo que incluyen pero no están limitados a habitación, comida y asistencia personal.
22. **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. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del

sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para el manejo del dolor.

23. **DEDUCIBLE:** El deducible individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.
24. **DEPORTE PROFESIONAL O POR COMPENSACIÓN:** El deporte profesional o por compensación es una práctica deportiva voluntaria que realizan los deportistas, ya sea por cuenta propia o dentro de la organización o dirección de un club, liga, entidad deportiva o similar, mediante una relación establecida de carácter regular y recibiendo o con la intención de recibir a cambio, una retribución derivada de esta práctica deportiva en forma de salario, patrocinio u otro tipo de financiamiento o retribución, e incluyendo los respectivos entrenamientos aun cuando no se reciba compensación por ello.
25. **DESÓRDENES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS:** Cualquier desorden o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa e independientemente si se manifestó o fue diagnosticado al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.
26. **DIÁLISIS:** Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.
27. **EMERGENCIA:** Una condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden razonablemente resultar en peligro inmediato para la vida o para la integridad física del Asegurado, si no se proporciona atención médica dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas.
28. **EMPLEADO:** Persona asegurada que trabaja un mínimo de treinta (30) horas por semana para el Empleador que contrató esta póliza.
29. **EMPLEADOR:** El negocio legalmente registrado que ha contratado con el Asegurador para proporcionar cobertura bajo esta póliza a sus empleados, paga la prima y está facultado para recibir el reembolso de cualquier prima no devengada.
30. **ENFERMEDAD:** Una condición anormal del organismo, manifestada por signos, síntomas y/o descubierta por exámenes médicos que hacen esta condición diferente al estado normal del organismo.
31. **ENFERMERA(O):** Una persona legalmente licenciada para proporcionar cuidados a enfermos.
32. **ENMIENDA:** Documento adicionado por el Asegurador a la póliza o al Certificado que aclara, explica o modifica la póliza o el Certificado.
33. **EPIDEMIA:** La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

34. **Eutanasia o Muerte Asistida:** acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.
35. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.
36. **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del próximo año póliza. La fecha de renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.
37. **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la prima es debida y pagable.
38. **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza tal como aparece en el "Certificado de Cobertura". Esta fecha solo será efectiva después que la póliza de seguro sea entregada al Empleador y expirado el derecho de diez (10) días para examinar la póliza.
39. **HONORARIOS DE ANESTESISTAS:** Cargos de un anestesista por la administración de anestesia para la realización de un procedimiento quirúrgico o servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.
40. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o médicos que asisten al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.
41. **HOSPITAL:** Cualquier institución legalmente licenciada como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra localizada, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo tiempo.
42. **LESIÓN:** Daño imprevisto causado al organismo por una causa externa.
43. **MATERNIDADES CUBIERTAS:** Maternidades cubiertas son aquellas donde la fecha del parto es al menos doce (12) meses después de la fecha efectiva de la cobertura para la respectiva madre asegurada. No hay maternidades cubiertas en los planes IV, V y VI.
44. **MÉDICAMENTE NECESARIO:** Un tratamiento, servicio o suministro médico el cual es determinado por USA Medical Services ser necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. Un tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
    (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el prestador del servicio; o
    (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
    (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado.
45. **MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS:** Medicamentos con mecanismos de acción especiales diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

46. **MEDICAMENTOS DE MARCA/ DE CASA COMERCIAL:** Son medicamentos que hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto.
47. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS:** Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.
48. **MEDICAMENTOS RECETADOS:** Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a prescripción médica. Esta cobertura incluye medicamentos genéricos y de marca debidamente autorizados, siempre que sean adquiridos en farmacias legalmente habilitadas y de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan contratado.
49. **MÉDICO O DOCTOR:** Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término "médico" o "doctor" también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.
50. **NOTIFICACIÓN:** Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.
51. **PAÍS DE RESIDENCIA:** El país donde el Asegurado (principal, cónyuge e hijos dependientes) ha declarado en la Solicitud de Seguro tener su residencia física y reside por un mínimo de ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante el año calendario, indicado por escrito tener su residencia física, o su país de origen, o el país que posteriormente haya informado al asegurador como su residencia.
52. **PANDEMIA:** Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
53. **PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** El período de tiempo durante el cual el asegurado no contara con ningun beneficio, excepto las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.
54. **PERÍODO DE ESPERA ESPECIFICO:** El período de tiempo especificado para ciertas cobetruras durante el cual el asegurado no contara con ese beneficio hasta tanto no se cumpla ese período especifico.
55. **PERÍODO DE GRACIA:** El período de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual el Asegurador permitirá que la póliza sea renovada.
56. **PRÓTESIS CAPILAR (Pelucas):** La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.
57. **RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.

58. **RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS:** Un grupo de hospitales y médicos contratados a nombre del Asegurador con el propósito de proporcionar al Asegurado los beneficios del trasplante de órganos. La relación de hospitales y médicos en la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos se puede obtener de USA Medical Services y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
59. **RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Un grupo de hospitales y médicos aprobados y contratados para tratar Asegurados a nombre del Asegurador. La lista de hospitales y médicos de la Red de Proveedores Preferidos se puede obtener de USA Medical Services y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
60. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O DE CIRUGÍA:** La opinión de un médico distinto al que está atendiendo actualmente al Asegurado (aprobada y requerida por USA Medical Services).
61. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Tratamientos o servicios médicamente necesarios proporcionados u ordenados por un médico para el Asegurado cuando el Asegurado no está hospitalizado. Servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencias.
62. **SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS-X:** Servicios de exámenes de laboratorio y Rayos-X médicamente necesarios para diagnosticar o tratar condiciones médicas.
63. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que es admitido en un hospital.
64. **SOLICITANTE:** La persona que firmó la solicitud para cobertura.
65. **SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por un propuesto Asegurado sobre si mismo y/o sus dependientes, usada por el Asegurador para determinar la aceptación o negación del riesgo. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados a o solicitados por el Asegurador antes de la emisión de la póliza.
66. **SUSCRIPCIÓN MÉDICA:** Proceso interno en que la aseguradora evalúa el riesgo asociado a la salud del solicitante. 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.
67. **TITULAR DEL CERTIFICADO:** El Empleado nombrado en la solicitud para seguro de salud. La persona facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos.
68. **TRANSPORTACIÓN POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transportación de emergencia hacia un hospital por una ambulancia terrestre.
69. **TRANSPORTACIÓN POR AMBULANCIA AÉREA:** Transportación aérea de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado hasta el hospital más cercano donde el tratamiento médico adecuado puede ser proporcionado.
70. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Tratamiento médicamente necesario debido a una emergencia.

71. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto.
72. **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Los cargos usuales, acostumbrados y razonables por servicios médicos proporcionados en una área geográfica determinada, independientemente de si se realizó pago directo o reembolso.
73. **TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA:** Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

18001 Old Cutler Road, Suite 500
Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 305 275 1500, + 1 800 321 5187
Fax: (305) 275 1518
www.bupasalud.com
service@bupalatinamerica.com

BIC_MG_AGR_V27.01