

BUPA PRESTIGE
Membership Guide

INDEX

AGREEMENT 2
BENEFITS 6
Schedule of benefits 7
Policy provisions 8
EXCLUSIONS AND LIMITATIONS 14
ADMINISTRATION 17
DEFINITIONS 23
SPANISH VERSION 30

AGREEMENT

BUPA INSURANCE COMPANY (hereinafter referred to as the "Insurer") agrees to pay you (hereinafter referred to as the "Policyholder") the benefits provided by this policy for any treatment, service or medical supply provided in Latin America, the Caribbean and the United States of America. 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). The policy may be returned to the Insurer or to the Policyholder's agent. 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information shown on the application is incorrect or incomplete, or any information has been omitted, the policy may be rescinded, cancelled, or coverage may be modified, at the sole discretion of the Insurer.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 a Policyholder whose country of residence is Latin America or the Caribbean and who are 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 whose country of residence is the United States or who otherwise is physically present in the United States of America for at least 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.

Insureds with work assignments, student visas, and other temporary stays within the United States may continue to be covered under certain conditions, as long as the policyholder'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, 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 Policyholder's spouse or concubine, natural born children, legally adopted children, stepchildren, or children to whom the Policyholder 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 Policyholder'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 Policyholder 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.

Dependents who were covered under a prior policy with the Insurer and, who are otherwise eligible for coverage under their own separate policy, will be approved without underwriting for the same or higher deductible plan and with the same conditions and restrictions in existence under the prior policy which afforded them coverage with the Insurer. The application of the former dependent must be received before the end of the grace period of the policy which previously afforded the dependent coverage.

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 sixty-five (365) days. 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 the United States of America, 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 (“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.

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 ("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.

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 Policyholder to terminate the Policyholder's coverage; or

(d) Upon written request from the Policyholder 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

- Insurance for high risk disorders.
- See applicable sections of the policy for details, limitations, and restrictions.
- Unless otherwise stated herein, insureds under this policy are not required to obtain treatment from the Preferred Provider Network.
- Maximum coverage is two million dollars (US$2,000,000) per insured, per lifetime for all covered illnesses and injuries while the policy is in force.
- This policy only covers the disorders or medical necessities in the Schedule of Benefits, subject to the limitations herein, for any treatment, service and supply provided in Latin America, the Caribbean, and the United States of America.
- 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
Neurological disorders, including cerebrovascular accidents	US$150,000
Cardiac surgery and angioplasty	US$150,000
Cancer treatment, including chemotherapy, radiotherapy and reconstructive surgery	US$200,000
Severe trauma (multiple trauma), including rehabilitation	US$150,000
Chronic renal insufficiency (dialysis)	US$100,000
Severe burns, including reconstructive surgery	US$300,000
Major infectious disorder (Septicemia)	US$150,000
Organ transplants (per insured, per lifetime) • Heart • Heart / Lung • Lung • Pancreas • Pancreas / Kidney • Kidney • Liver • Bone Marrow	 US$300,000 US$300,000 US$250,000 US$250,000 US$300,000 US$200,000 US$200,000 US$250,000
Air ambulance (per Insured, per lifetime)	US$25,000

	In Providers Network	Not in Providers Network
Regular room and board	No limit	US$500 per day
Intensive care room and board	No limit	US$1,000 per day

DEDUCTIBLE

- All insureds under the policy have a deductible responsibility per policy year according to the plan selected by the Policyholder. 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 policy, which is equivalent to the sum of two individual deductibles. All insureds under the policy contribute to meeting the maximum deductible amount of the policy. Once the maximum deductible amount of the policy 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 of the 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 plan PL3, PL4, PL5, PL6).
- One (1) coinsurance liability per Insured, per policy year.

POLICY PROVISIONS

1. **COVERED EXPENSES:** For the effects of this policy and subject to all the stipulations in these Policy Provisions and all the other dispositions and conditions of the policy, it is understood that covered expenses are the usual, customary and reasonable expenses described below, incurred by an insured person while the policy was in force, for treatments, services or supplies, as a result of or in relation to the treatment of illnesses or covered medical necessities.

   Covered charges are those incurred for:

   a) Medical, surgical or hospital services
   b) Outpatient services as defined in this policy
   c) Diagnostic tests
   d) Medications, medical supplies and surgical implants

2. **ANESTHESIOLOGIST 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 together 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. **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 together 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.

4. **SURGEON'S FEES:** Surgeon's fees are limited to the lesser of:

   (a) Hundred percent (100%) of the usual, customary and reasonable fee for the actual surgical procedure; or
   (b) Hundred percent (100%) of the fee approved for the surgeon for the surgical procedure; or

(c) Special rates established for an area or country as determined by the Insurer

(d) When performing a surgical procedure, if it is determined that another procedure is needed and it must be done through the same surgical field or natural orifice, the full fee of the main procedure will be paid as stated above and 50% of the second procedure.

5. **HOME HEALTH CARE AND OUTPATIENT PHYSICAL THERAPY:** An initial period of up to thirty (30) days will be covered if approved in advance by USA Medical Services. Any extension of up to thirty (30) days must also be approved in advance or the claim will be denied. Updated evidence of medical necessity and a treatment plan is required in advance to obtain each approval.

6. **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.

7. **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.

8. **NEWBORN COVERAGE:** To be covered under the terms of this policy a newborn must be added to the policy. The application and the premium for the addition of a newborn must be received within thirty one (31) days of birth. If the application is received after thirty one (31) days of birth, the application will be subject to underwriting.

9. **CONGENITAL CONDITIONS:** Conditions that are a consequence of a congenital disorder will only be covered up to ten (10)% of the covered expenses shown in the Schedule of Benefits and are subject to all policy provisions including deductible and coinsurance.

10. **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. Coverage is only for the medically necessary transplant of the following human organs or tissues or a combination of these as explained in the Schedule of Benefits:

- Heart
- Heart / Lung
- Lung
- Pancreas
- Pancreas / Kidney
- Kidney
- Liver
- Bone Marrow

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.

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 workup, 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 ten thousand dollars (US$10,000), 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.

11. **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, unless the Insurer approves an extension. In all cases, a copy of the prescription from the attending physician must accompany the claim.

12. **SPECIAL TREATMENTS:** Prosthesis, orthotic devices (implanted during surgery), durable medical equipment, implants, radiation therapy, chemotherapy 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.

13. **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).

14. **OUTPATIENT SERVICES:** Coverage is only provided when medically necessary.

15. **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.

16. **DIAGNOSIS:** For a condition to be considered an illness or covered disorder, copies of laboratory tests results, X-Rays, or any other report or result of clinical examinations on which the diagnosis was based, will be required as part of the positive diagnosis by a physician.

17. **GENERAL WAITING PERIOD:** All insureds have a right to the benefits provided by this policy once the following waiting periods have elapsed and which will start on the policy effective date or for the new insureds on the date they were added to the policy:

    a) During the first ninety (90) days after the effective date of the policy or the addition of a new insured only injuries cause by accident or disease of infectious origin will be covered.

    b) Illnesses known or diagnosed after the first ninety (90) days of coverage from the effective date of the policy or ninety (90) days from the addition of a new Insured will be covered from the date of the diagnosis.

    c) Covered diseases diagnosed within ninety (90) days after the effective date of the policy will be covered after two (2) years.

    d) Congenital disorders will be covered after two (2) years of the effective date of the policy.

18. **BENEFITS AFTER AGE 69:**

    (a) After age sixty nine (69) all covered illnesses and injuries must be treated by a provider within the "Preferred Providers Network" except as provided below:

        i. The policy provides for emergency medical treatment outside of the "Preferred Providers Network" in those cases where medical 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. To have coverage under this provision the beginning and nature of the emergency must have been such that it was impossible for the Insured or the medical provider to contact USA Medical Services before treatment.

        ii. There is no coverage for disorders or injuries not related to an emergency outside the "Preferred Providers Network".

    (b) Maximum benefit of the policy will be modified as follows:

Age	Maximum benefit
70-75 years old	US$500,000 lifetime
76 years old and over	US$250,000 lifetime

19. **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.

20. **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.

21. **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.
22. **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. Cancer in-situ of the cervix.
2. Skin cancer with the exception of melanoma.
3. 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.
4. 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.
5. 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, excepting when coverage is specified in your Table of Benefits.
6. Any cardiovascular procedure not requiring surgery with the exception of balloon angioplasty.
7. Any organ or tissue transplant not covered by this policy.
8. Chiropractic care, homeopathic treatment, acupuncture or any type of alternative medicine.
9. Any illness or injury not caused by an accident, which first manifested within the first ninety (90) days from the effective date of the policy.
10. 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, except reconstructive surgery secondary to cancer or severe burns.
11. Any charges in connection with pre-existing conditions, except as defined and addressed in this policy.
12. 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.
13. 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.
14. 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.

15. 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 this policy.

16. Treatment for injuries resulting from participation in any hazardous activities as a professional or for compensation.

17. Any congenital or hereditary disorder or illness, except as provided for under the provisions of this policy.

18. Any dental treatment or services not related to a covered accident or beyond 90 days from the date of such accident.

19. 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.

20. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), HIV positive or AIDS related illnesses, including tumors in the presence of AIDS.

21. An elective admission more than twenty-three (23) hours before a planned surgery, unless authorized in writing by the Insurer.

22. 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.

23. Treatment by the spouse, father, mother, brother, sister or child of any insured under this policy.

24. "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.

25. Personal or home-based artificial kidney equipment, unless authorized in writing by the Insurer.

26. Treatment for injury sustained while traveling as a pilot or crewmember in a private aircraft.

27. 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.

28. Charges related to brain syndrome, or custodial care in cases of senility of brain deterioration.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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. You further agree that your coverage shall be solely determined by the terms and conditions of this policy and not by any statements or representations made by the agent. After issuance, 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. Changes 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 of 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 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 terms and conditions the application, the certificate of coverage, and any riders or amendments thereto, constitute the entire agreement between the parties and supersedes all prior or contemporaneous understandings, agreements, and representations, whether written or oral, relating to the subject matter hereof. The Policyholder acknowledges that it has not relied on any representation or warranty, express or implied, other than those expressly set forth herein. 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. If any provision of this policy shall be found by any court or administrative body of competent jurisdiction to be invalid or unenforceable, such invalidity or unenforceability shall not affect the other provisions of this policy which shall remain in full force and effect. If any provision of this policy is so found to be invalid or unenforceable but would be valid or enforceable if some part of the provision were deleted, the provision in question shall apply with such modification(s) as may be necessary to make it valid upon good faith negotiation and agreement between the Insurer and the Insured.
6. **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 Policyholder 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 Policyholder is not living, the Insurer will pay any unpaid benefits to the estate of the deceased Policyholder. USA Medical Services must receive the complete medical and non-medical information they require in order to determine compensability before: 1) Approve a direct payment; or 2) Reimburse the policyholder.

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.

7. **CURRENCY:** All currency values stated in this policy are in U.S. dollars.
8. **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.
9. **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.
10. **POLICY CANCELLATION OR NON-RENEWAL:** The insurer retains the right to cancel, modify, non-renew or rescind the policy if statements on the application, or any statements made to the Insurer thereafter, 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 a policy with restricted coverage or declined to provide insurance.

    The insurer retains the right to cancel or modify a policy 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. During the policy term, if an Insured's country of residence is or becomes the United States of America, at the Insurer's sole discretion, the policy may be modified, non-renewed or cancelled. Submission of a fraudulent claim is also grounds for rescission or cancellation of the policy. The Insurer retains the right to cancel, non-renew or modify a policy on a “class” basis as defined in this policy. No individual insured shall be independently penalized by cancellation or modification of the policy due solely to a poor claim record.
11. **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 its receipt by the policyholder in his/her country of residence.
12. **POLICY MODE:** All policies are deemed annual policies with no guaranteed right of renewal. Premiums are to be paid annually, unless the insurer authorizes other modes of payment.
13. **PREMIUM PAYMENT:** Payment of the premium on time is the responsibility of the Policyholder. 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 a Policyholder has not received a premium notice thirty (30) days prior to the due date and the Policyholder does not know the amount of the premium payment, the Policyholder should contact his/her agent or the Insurer. Payment may also be made online (www.bupasalud.com).

14. **PREMIUM RATE CHANGES:** The Insurer retains the right to change the premium at the time of each renewal date. This right will be exercised on a "class" basis only upon the renewal date of each respective policy.
15. **PROOF OF CLAIM:** The Policyholder 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. Bills received in currencies other than U.S. dollars will be processed 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. After their nineteenth (19th) birthday dependent insureds must provide a written statement signed by the Policyholder that the dependent's marital status is single. 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.
16. **REFUNDS:** If a Policyholder or the Insurer cancels the policy 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 was in force.
17. **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.
18. **REINSTATEMENT:** If the policy was not renewed within the Grace Period, it can be reinstated in the following 60 (sixty) days after the grace period ends if the insured provides new evidence of insurability consisting of a new application and any other information or document required by the Insurer. All policies reinstated after the thirty (30) day grace period are deemed new policies with no antiquity or credit being afforded to the Insured. All medical conditions existing prior to the date of reinstatement of the policy 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.
19. **CLAIMS APPEALS:** In the event of any disagreement between the insured and the insurer regarding this insurance policy and/or its conditions, 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 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.

20. CLAIMS ARBITRATION, LEGAL ACTIONS, AND JURY WAIVER: Any dispute, claim or disagreement (collectively "dispute") that is not resolved by the Appeals Committee, shall first be submitted to non-binding mediation governed by the International Mediation Rules of the International Centre for Dispute Resolution ("ICDR"). The appointed mediator shall have at least ten (10) years of experience in the health insurance industry. The mediation shall be held within sixty (60) days after the decision by the Appeals Committee is issued. No arbitration or litigation proceedings may commence until the Insurer and Insured participate in good faith in such mediation. The reasonable costs associated with mediation shall be paid by the Insurer so long as the Insured participates in the mediation in good faith.

If mediation is not successful as determined by the appointed mediator, the dispute shall be exclusively resolved by binding arbitration pursuant to the International Arbitration Rules of the ICDR. The Insured and the Insurer will cooperate in the selection of a single neutral and conflict-free arbitrator who shall have at least ten (10) years of experience in the health insurance industry. Either the Insured or the Insurer may initiate arbitration by filing with the ICDR and concurrently submitting to the other party a detailed written notice demanding arbitration and setting forth the factual and legal basis for its claim. Arbitration shall take place in Miami-Dade County, Florida, U.S.A. or if approved by the Insurer, in the Policyholder's country of residence. The expenses of the arbitration shall be shared equally between the parties. All issues of arbitrability shall be deferred to the arbitrator. The arbitrator shall issue a written and reasoned award and judgment on that award rendered by the arbitrator may be entered in any court of competent jurisdiction. The parties will each be responsible for paying their own attorneys' fees and costs of the arbitration, subject to any remedies to which a party may later be entitled or a reasonable award of fees and costs made by the arbitrator. All arbitration proceedings shall be considered confidential and any information exchanged between the parties or filed with the arbitrator shall be treated as confidential information. The language of the arbitration shall be in English.

NOTWITHSTANDING, IF THE INSURED DOES NOT WISH TO BE BOUND BY THE ABOVE BINDING ARBITRATION PROVISION IN THIS POLICY, THE INSURED MAY OPT-OUT BY PROVIDING WRITTEN NOTICE TO BUPA GLOBAL LATIN AMERICA, ATTN: LEGAL DEPARTMENT, 18001 OLD CUTLER ROAD, SUITE 500. PALMETTO BAY, FLORIDA 33157. SUCH WRITTEN NOTICE MUST BE PROVIDED WITHIN THIRTY (30) DAYS OF THE POLICY EFFECTIVE DATE AND MUST INCLUDE THE INSURED'S NAME, POLICY NUMBER, AND A CLEAR STATEMENT THAT THE INSURED IS OPTING OUT OF THE ARBITRATION PROVISION. IF THE INSURED DOES NOT OPT-OUT WITHIN THE SPECIFIED TIMEFRAME, THE ARBITRATION AGREEMENT WILL BE BINDING AND ENFORCEABLE.

In the event the Insured opts-out of arbitration, the Insured confers exclusive jurisdiction and venue in Miami-Dade County, Florida to resolve any dispute and for determination of any rights under this policy. The Insured shall not bring any legal action arising out of or relating to this policy in the Insured's country of residence. Each party shall bear its own costs and expenses, including attorneys' fees incurred in connection with any litigation commenced.

The policy and its execution, performance or non-performance, interpretation, construction and all claims or causes of action (whether in contract, in tort, at law or otherwise) that may be based upon, arise out of, or relate to this policy, or the transactions contemplated hereby, shall be exclusively governed by, and construed in accordance with, the laws of the State of Florida, USA without reference or regard to its principles of conflicts of laws. The agreement to arbitrate below shall also be governed by the Federal Arbitration Act, 9 U.S.C. § 1, et seq. ("FAA").

21. **SUBROGATION AND INDEMNITY:** Upon payment of any claim under this policy, the Insurer shall be subrogated to all rights of recovery of the Insured against any third party responsible for the causing of the claim. Furthermore, the Insurer shall have the right to proceed at its own expense to pursue recovery in the name of the Insured, and the Insured agrees to assign such rights to the Insurer to the extent of the payments made. This includes, but is not limited to, the right to bring legal action, negotiate settlements, and take any other necessary actions to recover the amount paid under this policy. The Insured agrees to cooperate fully with the Insurer, at no expense to the Insurer, in the exercise of its subrogation rights. This cooperation includes, but is not limited to, providing necessary information and documents, completing and executing documents and questionnaires, and attending legal proceedings as required by the Insurer. The Insured shall promptly provide written notice to the Insurer as soon as reasonably practicable when the Insured becomes aware of a potential subrogation claim against a third party responsible for the harm caused to the Insured. The Insured shall not do anything to negatively impact or prejudice the Insurer's subrogation rights, including, but not limited to, settling or compromising any claim against a responsible third party without the Insurer's consent. Any non-cooperation by the Insured in the Insurer's subrogation efforts may lead to non-renewal of the Insured's policy.

22. **TERMINATION OF COVERAGE UPON TERMINATION OF POLICY:** In the event a policy 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. 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.

23. **CHANGE OF PLAN OR DEDUCTIBLE:** When the policyholder request to change a product or plan, must be notified in writing by the Insurer, once the request is received prior anniversary date. 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.

    (b) During the first ninety (90) days from the effective date of the change, benefits payable for any illness or injury not caused by accident or disease of infectious origin, will be limited to the lesser of benefits provided by the new plan or the prior plan

    (c) Benefits related to maternity, maternity complications and coverage of the newborn that occur during the ten (10) months following the effective date of the change, will be limited to the lesser of the benefit provided by either the new plan or prior plan.

(d) Benefits with insured sums per lifetime that occur during the six (6) months following the effective date of the change, will be limited to the lesser of the benefit provided by either the new plan or prior plan.

(e) The benefits with insured amounts per lifetime that have already had claims paid under the coverage of the previous product or plan, will be reduced in the proportion of the expense already paid. When the total benefit in the new product or plan is less than the amount already paid under the benefit in the previous product or plan, the benefit is considered exhausted and coverage under the new product or plan will no longer apply.

(f) Nevertheless, the insurer reserve the right to to carry out standard underwriting procedures.

24. PAYMENT OF NON COVERED CLAIMS: The Insurer is under not obligated to provide coverage and/or pay excluded claims or claims not covered under the Terms and Conditions of the policy under any circumstances (such as, but not limited to, those cases where: the Insurer, by an error, on its part, made payments of a claim that is subsequently identified as excluded or not covered under the Terms and Conditions of the policy.)

Any payment for excluded conditions or conditions not covered by the Terms and Conditions of the policy shall be considered an error that in no way constitutes a right on the part of the Insured. Such payments shall not constitute a precedent and/or reference for other and/or future coverage related to the same or similar diagnosis or any related claim; therefore, the Insured does not have the right to demand coverage for any claim derived from the same event and/or any event, claim, or excluded condition or not covered under the Terms and Conditions of the policy.

In those cases where The Insurer makes payments on claims not covered by the Terms and Conditions of the policy, the Insurer may, at its sole discretion: i. request the return of any monies made in error to the Policyholder Insured (refund must be made within thirty days from the date of collection by the Insurer from the Insured); ii. reduce the paid amount in error from any pending or future claims; iii. reduce the paid amount in error from the unearned premium; iv. execute any necessary action to obtain a refund of the related amount to the claims paid in error.

25. 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 that clarifies, explains or modifies the policy.
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 themselves 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 OF COVERAGE:** Document of the policy that specifies the commencement, conditions, extent and any limitations of the coverage, and lists each covered person.
12. **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.
13. **COINSURANCE:** The portion of the covered medical bills an Insured must pay in addition to the deductible.
14. **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.
15. **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.

16. **COPAYMENT:** Is the fixed rate of covered expenses that each insured must pay directly to the medical or hospital service provider, before receiving services regardless of benefit limits and is listed in your Table of Benefits.
17. **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 based on a minimum of one hunder and eighty (180) continuous or discontinuous days in a period of three hundred and sixty-five (365) days and has, 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.
18. **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.
19. **CUSTODIAL CARE:** Assistance with the activities of daily living that can be provided by non-medical/nursing trained personnel (bathing, dressing, grooming, feeding, toileting, etc.).
20. **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 Charges incurred in the country of residence are subject to an in-country deductible. Charges incurred outside of the country of residence are subject to an out-of-country deductible.
21. **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.
22. **DIAGNOSTIC MEDICAL CENTER:** Medical facility licensed to perform comprehensive medical physical examinations.
23. **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.
24. **DUE DATE:** The date on which the premium is due and payable.
25. **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 Policyholder and the expiration of the Ten (10) Day Right to Examine the Policy.
26. **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.
27. **EMERGENCY DENTAL TREATMENT:** Treatment necessary to restore or replace sound natural teeth, damaged or lost in a covered accident.
28. **EMERGENCY TREATMENT:** Medically necessary treatment due to an emergency.

29. **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.
30. **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.
31. **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.
32. **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.
33. **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.
34. **GROUND AMBULANCE TRANSPORTATION:** Emergency transportation to a hospital by ground ambulance.
35. **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.
36. **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.
37. **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.
38. **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.
39. **HOSPITAL:** Any institution which is legally licensed as a medical or surgical facility in the country in which it is located, which is a) 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) not a place of rest, a place for the aged or nursing or convalescent home or institution or a long term care facility.

40. **HOSPITAL SERVICES:** Hospital staff nurses, scrub nurses, standard private or semi-private room and board and other medically necessary treatments or services ordered by a physician for the Insured who is admitted to a hospital. Private nurse and standard private room upgrade to junior suite or suite are not included in Hospital Services.
41. **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.
42. **INJURY:** Damage inflicted to the body by an external cause.
43. **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 Policyholder and all dependents covered under this policy.
44. **LABORATORY AND X-RAY SERVICES:** Medically necessary X-ray services and laboratory testing used to diagnose or treat medical conditions.
45. **MAXIMUM COINSURANCE (STOP LOSS):** Is the total sum of coinsurance money that the insured must pay annually, in addition to the deductible, before the company can pay 100% benefits. The maximum coinsurance or "Stop Loss" is reached when the insured has paid the deductible and reached the maximum annual amount of direct disbursement for coinsurance.
46. **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.
47. **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 (e.g. private nurse, standard private room upgrade to junior suite or suite, etc.); 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; or
    (d) Falls outside the standard of practice, as established by Professional Boards by discipline (MD, Physical Therapy, Nursing).
48. **NEWBORN:** An infant from the moment of birth through the first thirty-one (31) days of life.
49. **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.
50. **NURSE:** An individual legally licensed to provide nursing care.

51. **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.
52. **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.
53. **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.
54. **PANDEMIC:** An epidemic occurring over a widespread area (multiple countries or continents) and usually affecting a substantial proportion of the population.
55. **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.
56. **POLICYHOLDER:** The named applicant on the application for health insurance. This individual is the person entitled to receive reimbursement for covered medical expenses and the return of any unearned premium.
57. **POLICY YEAR:** The period of twelve (12) consecutive months beginning on the effective date of the policy and any subsequent twelve month period thereafter.
58. **PRE-EXISTING CONDITION:** A condition:
    (a) Which was diagnosed by a physician prior to the effective date of the policy 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 policy or its reinstatement; or
    (c) For which any symptom and/or sign, if presented to a physician prior to the effective date of the policy would have resulted in the diagnosis of an illness or medical condition.
59. **PREFERRED PROVIDER NETWORK:** A group of hospitals and physicians approved and contracted to treat Insureds on behalf of the Insurer. The list of hospitals and physicians in the Preferred Provider Network is available from USA Medical Services and may change at any time without prior notice.
60. **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.
61. **PRIVATE AIRCRAFT:** Any aircraft in a flight that is not regularly scheduled or chartered by a commercial airline.
62. **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.

63. **RENEWAL DATE:** The first day of the next policy year. The renewal date occurs only on the anniversary date of the policy.
64. **SECOND SURGICAL OPINION:** The medical opinion of a physician other than the current attending physician (approved and required by USA Medical Services).
65. **SPECIFIC WAITING PERIOD:** The specified period of time for certain coverages during whichi nsured will not be able to file a claim for services related to such benefits that have been performed before the corresponding waiting period indicated in the Table of Benefits has been completed.Benefits with specific waiting period are not eliminated or waived under any circumstances.
66. **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.
67. **WELL BABY CARE:** Routine medical care provided to a healthy newborn.
68. **TREATMENT:** Medical or surgical care of a patient.
69. **TRANSLUMINAL PERCUTANEOUS ANGIOPLASTY:** The dilation of a blood vessel by inserting a catheter through the skin to the area of narrowing, where a balloon is inflated to flatten the plaques against the wall of the artery.
70. **EXPERIMENTAL OR INVESTIGATIVE:** A medical or surgical procedure, equipment or medication that:
    (a) Has not been approved for the treatment of an illness or lesion by official authorities.
    (b) It is under investigation and its use limited to controlled clinical investigations.
71. **CANCER:** Illness manifested by the presence of a malignant tumor, characterized by growth and proliferation of malignant cells, capable of cell transfers and invasion of other organs not directly related. The capacity to make metastasis is a characteristic of all malignant tumors.
72. **CHEMOTHERAPY:** Use of chemical agents prescribed by a physician for the treatment and control of cancer.
73. **RADIOTHERAPY:** Treatment of illnesses by way of radiations for the purpose of stopping the proliferation of malignant cells.
74. **SEVERE TRAUMA (MULTIPLE TRAUMA):** A severe trauma of several organs and tissues of the human body as a consequence of an external physical action for which the patient suffers temporal or permanent incapacity or even death.
75. **RENAL INSUFFICIENCY:** Terminal stage of a chronic bilateral kidney disease which means the total and irreversible loss of the renal function. A regular renal dialysis or a kidney transplant will then become necessary.
76. **SEVERE BURNS:** Injury of tissues caused by the action of physical or chemical agents. This policy will only consider severe burns those classified as Third (III) Degree Burns.

77. **SEVERE INFECTIOUS DISORDER (SEPTICEMIA):** A disorder cause by the proliferation of bacteria and the presence of its toxins in the blood that manifests itself with at least four of the following conditions: Positive blood culture, rectal temperature over 38.50 degrees, anemia, leukocytosis (>12,000) or Leucopoenia (<4,000), thrombocytopenia (<140,000), coagulation disorders and metabolic acidosis.
78. **MYOCARDIAL INFARCTION:** Illness consisting in the death of part of the heart muscle as a consequence of a deficient blood flow to the area. The diagnosis must be backed-up by new and relevant changes in the electrocardiogram (EKG), and an increase in the levels of cardiac enzymes.
79. **NEUROLOGIC DISEASES:** Diseases during which the Central Nervous System and/or the Peripheral Nervous System are affected by a pathological process with origin and location within the structures of Central Nervous System and/or the Peripheral Nervous System. It will not be considered a neurological disease to the effects of this insurance any disease or disorder which affects in a secondary way the Central Nervous System or the Peripheral Nervous System or which was caused by conditions or factors not related to the nervous system.
80. **CEREBROVASCULAR ACCIDENT:** Disorder consisting in the abrupt and violent suspension of the fundamental brain functions, either by ischemia or hemorrhage.
81. **NEUROSURGERY:** Any surgical procedure of the Central or Peripheral Nervous Systems, which includes the brain, the spinal cord, peripheral nerves and the blood vessels of the brain and the spinal medulla.
82. **CARDIOVASCULAR SURGERY:** Surgery of two or more coronary arteries with the purpose of correcting a narrowing or obstruction by means of revascularization (by-pass), performed after symptoms of angina or myocardial infarction.
83. **DONOR:** Person dead or alive from whom one or more of the organs or tissues of his body has been removed with the purpose of transplanting to the body of another person (receptor).
84. **RECEPTOR:** The person who has received or is in the process of receiving a transplant of tissue or organ.
85. **ORGAN TRANSPLANT:** Surgical procedure during which is inserted in a person's body (receptor) an organ or tissue from a donor of the same species.
86. **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.

CONTENIDO

ACUERDO 31
BENEFICIOS 35
Tabla de beneficios 35
Provisiones de la póliza 37
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES 43
ADMINISTRACIÓN 46
DEFINICIONES 53

ACUERDO

BUPA INSURANCE COMPANY :(de ahora en adelante denominada la “Compañía”) acuerda pagar a usted (de ahora en adelante denominado el "Titular del Contrato") los beneficios estipulados en este Contrato por cualquier tratamiento, servicio y suministro médico que se lleven a cabo en América Latina, el Caribe y los Estados Unidos de América. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de este Contrato.

DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS PARA EXAMINAR EL CONTRATO: Este contrato puede ser devuelto dentro de los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las cuotas pagadas menos un costo administrativo de setenta y cinco dólares (US$75). El contrato puede ser devuelto a la Compañía o al agente del Titular del Contrato. De ser devuelto, el contrato será considerado nulo como si nunca se hubiese emitido.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD: Este contrato es emitido basado en la solicitud y el pago de la cuota. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida, el contrato será rescindido, cancelado o la cobertura será modificada a la sola discreción de la Compañía.

ELEGIBILIDAD: Esta póliza sólo puede ser emitida al asegurado principal de la póliza cuyo país de residencia esté en Latinoamérica o el Caribe y que tenga un mínimo de dieciocho (18) años de edad (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y tres (73) años de edad. No hay límite de edad para la cobertura bajo los mismos términos y condiciones de esta póliza para aquellos Asegurados que renuevan una póliza.

Esta póliza no puede ser emitida y no está disponible para personas cuyo país de residencia sea los Estados Unidos o que, por cualquier otro motivo, se encuentre físicamente presente en los Estados Unidos de América durante al menos ciento ochenta (180) días, continuos o discontinuos, en un período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o su estatus estado migratorio.

Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando el país de residencia del asegurado principal se mantenga en Latinoamérica o el Caribe, y dicha estadía temporal sea aprobada por la Aseguradora. No obstante lo mencionado anteriormente, la aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del asegurado principal, cancelación anticipada, no renovación o modificación de la póliza, a discreción de la Aseguradora, en caso de cambio de país de residencia. Por favor comuníquese con Bupa o con su agente para obtener más información relacionada con su caso en particular.

Dependientes elegibles incluyen el cónyuge del Asegurado Titular, hijos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores para los cuales el Asegurado Titular 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 Asegurado Titular 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 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 Contrato por razón de divorcio o anulación o se muda a otro país de residencia, la cobertura para estos dependientes terminará en la fecha del próximo aniversario del contrato.

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.

Los dependientes que han estado cubiertos bajo un Contrato anterior emitido por la Compañía y que sean elegibles para cobertura bajo su propio contrato, serán aprobados sin selección de riesgos para un contrato con el mismo o con mayor deducible y con las mismas condiciones y restricciones en existencia en el contrato anterior bajo el cual tuvo cobertura con la Compañía. La solicitud del dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia del contrato bajo el cual tuvo cobertura con la Compañía.

RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para los efectos de esta póliza, ''país de residencia'' significa el país donde se encuentra el Asegurado (principal y dependientes 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 del contrato y termina a las 24:00 horas Estándar del Este (EE.UU.):

(a) En la fecha de expiración del contrato; o

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

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

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

(e) Por notificación escrita de la Compañía como se establece en las condiciones de este contrato.

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 Afiliado debe contactar a la administradora de reclamos de la Compañía, 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 Afiliado no entra en contacto con USA Medical Services como se ha establecido previamente, el Afiliado 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 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

- Cobertura de enfermedades de alto riesgo.
- Vea la sección correspondiente del contrato para detalles, limitaciones y restricciones.
- Excepto si se menciona lo contrario, los afiliados bajo este contrato no tienen el requisito de obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores Preferidos.
- La cobertura máxima es de dos millones de dolares (US$2,000,000) por Afiliado, de por vida, por las enfermedades y lesiones cubiertas durante la vigencia del contrato.
- El presente contrato ampara solo las enfermedades o necesidades médicas en la Tabla de Beneficios, sujeto a los límites que se indican, por cualquier tratamiento, servicio o suministro llevado a cabo en América Latina, el Caribe y los Estados Unidos de América.
- Ni la Compañía, 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 Afiliado, por Año Contrato)	Beneficio máximo
Enfermedades neurológicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares	US$150,000
Cirugía cardiaca y angioplastía	US$150,000
Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia, y la cirugía reconstructiva	US$200,000
Trauma grave (Politraumatismo), incluyendo rehabilitación	US$150,000
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	US$100,000
Quemaduras graves incluyendo la cirugía reconstructiva	US$300,000
Desorden infeccioso grave (Septicemia)	US$150,000
Gastos Cubiertos (por Afiliado, por Año Contrato)	**Beneficio máximo**
Trasplantes de órganos: (por Afiliado, de por vida) • Corazón • Corazón / Pulmón • Pulmón • Páncreas • Páncreas / Riñón • Riñón • Hígado • Médula ósea	 US$300,000 US$300,000 US$250,000 US$250,000 US$300,000 US$200,000 US$200,000 US$250,000
Servicio de ambulancia aérea (por Afiliado, de por vida)	US$25,000

	En la Red de Proveedores	Fuera de la Red de Proveedores
Cuarto regular del hospital y alimentación	Sin límite	US$500 por día
Cuarto de cuidados intensivos y alimentación	Sin límite	US$1,000 por día

DEDUCIBLE

- Todos los Afiliados bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible por cada año contrato, según el plan seleccionado por el Titular del Contrato. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente es aplicada por Afiliado, por año contrato antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al afiliado. 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 afiliados 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, la Compañía considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada Afiliado 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 Afiliado 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 PL3, PL4, PL5, PL6).
- Un (1) copago por Afiliado, por año contrato.

PROVISIONES DE LA PÓLIZA

1. **GASTOS AMPARADOS:** A los efectos de este contrato, y estando sujeto a lo estipulado en estas Provisiones del contrato y a todas las demás disposiciones y condiciones del contrato, se entenderá por gastos amparados los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por la persona afiliada durante el periodo de vigencia de este contrato por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, incurridos como resultado de, o en relación con el tratamiento de las enfermedades o necesidades médicas amparadas.

   Los gastos amparados son los cargos incurridos por:

   a) Servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios
   b) Servicios ambulatorios como se definen en este contrato
   c) Exámenes de diagnóstico
   d) Medicinas, equipos médicos e implantes quirúrgicos

2. **HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** La cobertura de 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 en cuestión; o

   (c) Treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico; o

   (d) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.

3. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para una operación y aprobados 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 el 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 la Compañía para un área o país determinado.

4. **HONORARIOS DEL CIRUJANO:** Los honorarios del cirujano están limitados a lo menor de:

   (a) 100% de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables por el procedimiento quirúrgico de que se trate; o

   (b) 100% de los honorarios aprobados del cirujano por este procedimiento; o

   (c) Tarifas especiales establecidas para una área o país determinados por la Compañía.

(d) Cuando al efectuar un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través del mismo orificio natural o en el mismo campo quirúrgico, se pagará únicamente por el procedimiento mayor más el 50% del segundo procedimiento.

5. **CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR Y TERAPIA FÍSICA AMBULATORIA:** Un período inicial de hasta treinta (30) días será cubierto si es aprobado por adelantado por USA Medical Services. Cualquier extensión de hasta treinta (30) días también debe ser aprobada por adelantado o la reclamación será negada. Para obtener cada aprobación se requiere presentar una evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
6. **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 este contrato.
7. **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 causadas 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.

8. **COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:** Para tener cobertura bajo los términos de este contrato, un hijo recién nacido debe ser agregado al contrato. La solicitud y la cuota para la adición del recién nacido debe ser recibida dentro de los primeros treinta y un (31) días después del nacimiento. Si la solicitud es recibida después de los treinta y un (31) días después del nacimiento, la solicitud estará sujeta a evaluación de riesgos.

9. **CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS:** Las enfermedades amparadas por este contrato que sean como consecuencia de una enfermedad congénita sólo estarán cubiertas hasta el 10% del Beneficio Máximo (por Afiliado, por año contrato) indicado anteriormente en la Tabla de Beneficios y están sujetos a todas las provisiones del contrato, incluyendo deducible y copago.

10. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** La cobertura de trasplante de órganos y tejidos humanos es proporcionada solamente dentro de la "Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos" de la Compañía. No existe cobertura fuera de la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos. La cobertura es solamente para el trasplante de los siguientes órganos o tejidos humanos o una combinación de éstos tal como se indica en la Tabla de Beneficios:

- Corazón
- Corazón / Pulmón
- Pulmón
- Páncreas
- Páncreas / Riñón
- Riñón
- Hígado
- Médula ósea

Este beneficio de trasplante de órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por un proveedor, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y aprobada por USA Medical Services, y está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones del contrato. Este beneficio incluye:

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

(b) Estudios prequirúrgicos incluyendo todos los exámenes de laboratorio y rayo-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 diez mil dólares (US$10,000), 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 seguimiento posterior, tratamiento médicamente necesario resultante del trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de trasplante, sea directa o indirectamente consecuencia del trasplante.

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

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

11. **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, a menos que la Compañía apruebe una extensión. En todos los casos, una copia de la receta del médico que lo atiende debe acompañar la reclamación.

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

13. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA:** Si un cirujano ha recomendado que un Afiliado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Afiliado 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 la Compañía 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 serán consideradas y estarán cubiertas. En el caso en que la segunda opinión quirúrgica contradiga, o no confirme la necesidad de la cirugía, la Compañía también pagará por la 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 este contrato.

SI EL AFILIADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, EL AFILIADO 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 COPAGO (SI ES APLICABLE).

14. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** La cobertura es provista solamente cuando es médicamente necesaria.
15. **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.
16. **DIAGNÓSTICO:** Para que una condición sea considerada una enfermedad o condición amparada bajo el contrato, se requerirá como parte del diagnóstico positivo hecho por un médico, las copias de los exámenes de laboratorio, rayo-X, o cualesquiera otros reportes o resultados de los estudios médicos en los que fue basado dicho diagnóstico.
17. **PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Todos los Afiliados tienen derecho a los beneficios previstos en el presente contrato, una vez transcurridos los períodos de espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo del contrato o, para los nuevos Afiliados, a partir de la fecha de su inclusión:
    a) Durante los primeros noventa (90) días, a partir del comienzo del contrato o de la inclusión del Afiliado en la misma, solo se cubrirán las lesiones causadas en accidentes.
    b) Las enfermedades conocidas o diagnosticadas luego de transcurridos noventa (90) días de vigencia del contrato o de la inclusión del Afiliado en la misma, se considerarán amparadas a partir de la fecha en que se produzca dicho diagnóstico.
    c) Las enfermedades cubiertas que sean diagnosticadas dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de comienzo de la cobertura para cada Afiliado, serán cubiertas después de dos (2) años.
    d) Las enfermedades cubiertas, que sean diagnosticadas como congénitas, estarán cubiertas después de dos (2) años.
18. **BENEFICIOS DESPUÉS DE LA EDAD DE 69 AÑOS:**
    (a) Después de la edad de 69 años, todas las enfermedades y lesiones cubiertas bajo este contrato deben ser tratadas por un proveedor dentro de la "Red de Proveedores Preferidos", excepto como se describe abajo:
        i. El contrato provee cobertura para tratamiento médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos en aquellos casos en que el tratamiento médico es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia a un proveedor fuera de la Red de Proveedores Preferidos serán pagados hasta veinticinco mil (US$25,000) dólares con el deducible normal de su plan y copago (si es aplicable). Para estar cubierto por esta estipulación, el inicio de la condición e índole de la emergencia deberá ser tal que imposibilite al Afiliado o al proveedor médico contactar a USA Medical Services antes del tratamiento.
        ii. Fuera de la Red de Proveedores Preferidos no hay cobertura para enfermedades o lesiones que no son relacionadas a una emergencia.

(b) La cobertura máxima del contrato se modifica de la siguiente manera:

Edad	Cobertura Máxima
70-75 años	US$500,000 por vida
76 años o más	US$250,000 por vida

19. **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.
20. **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.
21. **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.
22. **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. Cáncer in-situ del cuello uterino.
2. Cáncer de la piel, con excepción de melanoma.
3. 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 Afiliado 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.
4. 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.
5. 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, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
6. Con la excepción de la angioplastía con globo, no estará cubierto cualquier otro procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía.
7. Cualquier trasplante de órgano o de tejido que no esté amparado por el contrato.
8. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa,.
9. Cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de la fecha efectiva del contrato.
10. Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, aún cuando sea necesario debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Afiliado cubierto por este contrato, excepto la cirugía reconstructiva como resultado de cáncer o quemaduras graves.
11. Cualquier cargo relacionado con condiciones preexistentes como se definen en este contrato.
12. 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 Estados Unidos de América.
13. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto si el Afiliado tiene derecho a cuidados gratuitos, servicio o tratamiento por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura médica.
14. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio en particular o suministro para el área geográfica.

15. 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 este contrato.

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

17. Cualquier enfermedad o desorden congénito o hereditario, excepto lo que se establece en las provisiones de este contrato.

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

19. Tratamiento de lesiones resultantes de mientras esté 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.

20. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo o enfermedades relacionadas con el SIDA incluyendo tumores en presencia de SIDA.

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

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

23. Tratamiento por el cónyuge, el padre, la madre, hermano, hermana, hijo o hija de cualquier Afiliado bajo este contrato.

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

25. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por la Compañía.

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

27. 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.

28. Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. 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 la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus provisiones. Además, usted acepta que su cobertura será determinada únicamente por los términos y condiciones de esta póliza y no por ninguna declaración o representación hecha por el agente. Después de la emisión, ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea aprobado por escrito por un oficial o el Jefe de Suscripción de la Aseguradora y dicha aprobación esté respaldada por una enmienda a la póliza.
2. **CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA:** El asegurado debe notificar a la Aseguradora por escrito cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado dentro de un período máximo de treinta (30) días calendario desde su ocurrencia. Los cambios de país de residencia pueden, a entera discreción de la Aseguradora, resultar en la modificación de la cobertura, la no renovación y/o la cancelación de la póliza. Los cambios de país de residencia a los Estados Unidos de América resultarán en la no renovación de la póliza. EL PAÍS DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO NO PUEDE SER LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. El incumplimiento de notificar a la Aseguradora cualquier cambio en el país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza, la no renovación o la modificación de la cobertura en la próxima fecha de aniversario, a entera discreción de la Aseguradora.
3. **COMIENZO DE LA COBERTURA:** Sujeto a las provisiones de este contrato, los beneficios comienzan en la Fecha Efectiva del contrato y no en la fecha en que la cobertura fue solicitada.
4. **OTRA COBERTURA DE SEGURO:** Cuando existe otro contrato que proporciona beneficios también cubiertos por éste contrato, los beneficios serán coordinados. Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deben ser efectuadas en primera instancia contra el otro contrato. Este contrato sólo proveerá beneficios cuando tales beneficios, pagables bajo el otro contrato, hayan sido agotados. Fuera del país de residencia, Bupa Insurance Company funcionará como la cobertura primaria y retiene el derecho de recaudar cualquier pago de otra compañía local u otras compañías.
5. **CONTRATO COMPLETO / CONTRATO CONTROLADOR:** La póliza, los términos y condiciones, la solicitud, el certificado de cobertura, y cualquier anexo o enmienda adicional, constituyen el acuerdo completo entre las partes y reemplazan todos los acuerdos, pactos y declaraciones previas, sean escritas u orales, relacionadas con el objeto del presente documento. El asegurado principal reconoce que no se ha basado en ninguna declaración o garantía, expresa o implícita, que no sea la expresamente establecida en este documento. La traducción al español se proporciona para la conveniencia del asegurado. La versión en inglés de esta póliza prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier pregunta o disputa relacionada con esta póliza. Si alguna disposición de esta póliza fuera declarada inválida o inaplicable por cualquier tribunal o entidad administrativa de jurisdicción competente, dicha invalidez o inaplicabilidad no afectará a las demás disposiciones de esta póliza, las cuales permanecerán en pleno vigor y efecto. Si alguna disposición de esta póliza es declarada inválida o inaplicable, pero sería válida o aplicable si se eliminara alguna parte de la disposición, la disposición en cuestión se aplicará con las modificaciones necesarias para hacerla válida mediante negociación de buena fe y acuerdo entre el asegurado y la aseguradora.

6. **PAGO DE RECLAMACIONES:** Es la política de la Compañía efectuar los pagos directamente a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Compañía reembolsará al Titular del Contrato las tarifas contractuales dadas a la Compañía por el proveedor en cuestión y/o de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para esa área geográfica, lo que sea menor. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Titular del Contrato. Si el Titular del Contrato no estuviese vivo la Compañía pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Titular del Contrato fallecido. USA Medical Services debe recibir completa la información médica y no médica que ellos requieran para determinar la compensabilidad antes de: 1) Aprobar un pago directo; o 2). Reembolsar al Titular del Contrato.

   Ni la Compañía, 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.

7. **MONEDA:** Todos los valores mencionados en este contrato son en dólares de los Estados Unidos de América.

8. **EXÁMENES FÍSICOS:** La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Afiliado cuya enfermedad o lesión es la base de una reclamación, cuando y con la frecuencia considerada necesaria por la Compañía durante el tiempo que dicha reclamación se encuentre pendiente. En caso de muerte, la Compañía tiene el derecho de requerir una autopsia en el lugar de su preferencia.

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

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

    La aseguradora se reserva el derecho de cancelar o modificar la póliza de manera anticipada o de modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, en general y específicamente, si el Asegurado cambia de país de residencia, independientemente de cuántos años haya estado en vigor la póliza. Durante el término de la póliza, si el país de residencia del Asegurado es o se convierte en los Estados Unidos de América, a entera discreción de la Aseguradora, la póliza puede ser modificada, no renovada o cancelada.

    La presentación de una reclamación fraudulenta también es motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

    La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar una póliza en base a la "clase" según se define en esta póliza. Ningún asegurado individual será penalizado de forma independiente mediante la cancelación o modificación de la póliza, debido únicamente por tener un historial de siniestros desfavorables.

11. **EMISIÓN DE LA PÓLIZA:** Esta póliza no puede ser emitida ni entregada en los EE. UU., excepto según lo específicamente permitido por las leyes del Estado de Florida. La póliza se considerará emitida o entregada al recibo de la misma por el asegurado principal en su país de residencia.
12. **MODALIDAD DE LA PÓLIZA:** Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales sin derecho garantizado de renovación. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la aseguradora autorice otra modalidad de pago.
13. **PAGO DE LA CUOTA:** El pago de la cuota a tiempo es responsabilidad del Titular del Contrato. La cuota es pagadera en la fecha de renovación del contrato o en otra fecha de vencimiento si es autorizado por la Compañía. Los avisos de pago de cuotas son enviados como una cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de los mismos. Si el Titular del Contrato no recibe un aviso de pago de cuota treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento y el Afiliado no sabe el monto del pago de la cuota, el Afiliado debe contactar a su Agente o la Compañía. El pago también puede efectuarse a través de nuestro sitio en la Internet (www.bupasalud.com).
14. **CAMBIO DE TARIFAS:** La Compañía se reserva el derecho de cambiar las tarifas de este contrato en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido en base a la "clase" solamente, en la fecha de renovación de cada contrato respectivo.
15. **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 la Compañía en la fecha del servicio. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. Después de cumplir 19 años, los dependientes asegurados deben presentar una declaración escrita firmada por el Titular del Contrato de que el estado civil de ese dependiente es soltero. 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.
16. **REEMBOLSOS:** Si el Titular del Contrato o la Compañía cancela el contrato después de haber sido emitido, reinstalado o renovado, la Compañía reembolsará la porción no devengada de la cuota menos los costos administrativos y los costos de emisión del contrato hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) de la cuota. Los costos de emisión del contrato, los cargos por los servicios de USA Medical Services y 35% de la cuota básica no son reembolsables. La porción no utilizada de la cuota está basada en el número de días correspondientes a la modalidad de los pagos menos el número de días en que el contrato estuvo en vigor.
17. **PERÍODO DE GRACIA:** Si la cuota no es recibida en la fecha de su vencimiento, la Compañía concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la cuota sea pagada. Si la cuota no es recibida por la Compañía antes del final del período de gracia, este contrato y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la cuota. Los beneficios no serán proporcionados durante el período de gracia a menos que el contrato sea renovado.

18. **REHABILITACIÓN:** Si el contrato no fue renovado durante el Período de Gracia, puede ser rehabilitado en los siguientes 60 (sesenta) días después del final del período de gracia si el Afiliado proporciona nueva evidencia consistiendo de una nueva solicitud y cualquier otra información o documento requerido por la Compañia. Todos los contratos rehabilitados después del período de gracia de treinta (30) días son considerados nuevos contratos, con ninguna antigüedad o crédito suministrado al Afiliado. Todas las condiciones médicas existentes con anterioridad a la fecha de rehabilitación del contrato serán consideradas y tratadas bajo este contrato como condiciones preexistentes. Ninguna rehabilitación será autorizada noventa (90) días después de la fecha efectiva de terminación del contrato.
19. **APELACIÓN DE RECLAMACIONES:** En caso de cualquier un desacuerdo entre el asegurado y la aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el Comité de Apelaciones de Bupa Insurance Company antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones.

    Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al coordinador de apelaciones de Bupa Insurance Company, c/o USA Medical Services. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el comité de apelaciones notificará al asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.
20. **ARBITRAJE DE RECLAMACIONES, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO:** Cualquier disputa, reclamación o desacuerdo (en conjunto, «disputa») que no sea resuelta por el Comité de Apelaciones deberá primero ser sometida, a una mediación no vinculante regida por las Normas Internacionales de Mediación del Centro Internacional para la Resolución de Disputas («CIRD»). El mediador designado deberá tener al menos diez (10) años de experiencia en el sector de los seguros médicos. La mediación se llevará a cabo en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que se emita la decisión del Comité de Apelaciones. No se podrá iniciar ningún procedimiento de arbitraje o litigio hasta que la aseguradora y el asegurado participen de buena fe en dicha mediación. Los costos razonables asociados a la mediación correrán a cargo de la aseguradora, siempre y cuando el asegurado participe de buena fe en la mediación.

    Si la mediación no tiene éxito según lo determine el mediador designado, la controversia se resolverá exclusivamente mediante arbitraje vinculante de conformidad con el Reglamento de Arbitraje Internacional del CIRD. El asegurado y la aseguradora cooperarán en la selección de un árbitro único, neutral y sin conflictos de intereses, que deberá tener al menos diez (10) años de experiencia en el sector de los seguros médicos. Tanto el asegurado como la aseguradora podrán iniciar el arbitraje presentando una solicitud ante el CIRD y enviando simultáneamente a la otra parte una notificación detallada por escrito en la que se solicite el arbitraje y se expongan los fundamentos fácticos y jurídicos de su reclamación. El arbitraje se llevará a cabo en el condado de Miami-Dade, Florida, EE. UU., o si lo aprueba la aseguradora, en el país de residencia del titular de la póliza. Los gastos del arbitraje se repartirán a partes iguales entre las partes. Todas las cuestiones relativas a la arbitrabilidad se remitirán al árbitro. El árbitro emitirá un laudo por escrito y la sentencia sobre dicho laudo dictada por el árbitro podrá presentarse ante cualquier tribunal

de jurisdicción competente. Cada una de las partes será responsable de pagar sus propios honorarios de abogados y los costos del arbitraje, sin perjuicio de cualquier recurso al que una parte pueda tener derecho posteriormente o de una indemnización razonable por los honorarios y costos dictada por el árbitro. Todos los procedimientos de arbitraje se considerarán confidenciales y cualquier información intercambiada entre las partes o presentada ante el árbitro se tratará como información confidencial. El idioma del arbitraje será el inglés.

NO OBSTANTE, SI EL ASEGURADO NO DESEA QUEDAR VINCULADO POR LA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE ANTERIOR DE ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO PUEDE OPTAR POR NO PARTICIPAR MEDIANTE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A BUPA GLOBAL LATIN AMERICA, A LA ATENCIÓN DE: DEPARTAMENTO LEGAL, 18001 OLD CUTLER ROAD, SUITE 500. PALMETTO BAY, FLORIDA 33157. DICHA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO DEBERÁ ENVIARSE EN UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PÓLIZA Y DEBERÁ INCLUIR EL NOMBRE DEL ASEGURADO, EL NÚMERO DE PÓLIZA Y UNA DECLARACIÓN CLARA DE QUE EL ASEGURADO OPTA POR NO ACEPTAR LA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE. SI EL ASEGURADO NO OPTA POR NO PARTICIPAR EN EL PLAZO ESPECIFICADO, EL ACUERDO DE ARBITRAJE SERÁ VINCULANTE Y EJECUTABLE.

En caso de que el Asegurado opte por no someterse al arbitraje, el Asegurado confiere jurisdicción y competencia exclusivas al condado de Miami-Dade, Florida, para resolver cualquier controversia y determinar cualquier derecho en virtud de la presente póliza. El Asegurado no emprenderá ninguna acción legal que surja de o esté relacionada con la presente póliza en el país de residencia del Asegurado. Cada parte correrá con sus propios costos y gastos, incluidos los honorarios de los abogados incurridos en relación con cualquier litigio iniciado.

La póliza y su ejecución, cumplimiento o incumplimiento, interpretación, construcción y todas las reclamaciones o causas de acción (ya sean contractuales, extracontractuales, legales o de otro tipo) que puedan basarse en, surgir de o estar relacionadas con esta póliza, o con las transacciones contempladas en la misma, se regirán exclusivamente por las leyes del estado de Florida, EE. UU., y se interpretarán de conformidad con ellas, sin referencia ni consideración alguna a sus principios de conflicto de leyes.

21. **SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN:** Tras el pago de cualquier reclamación en virtud de la presente póliza, la Aseguradora se subrogará en todos los derechos de recuperación del Asegurado frente a cualquier tercero responsable de causar la reclamación. Además, la Aseguradora tendrá derecho a proceder, por cuenta propia, a reclamar la recuperación en nombre del Asegurado, y el Asegurado acepta ceder dichos derechos a la Aseguradora en la medida de los pagos realizados. Esto incluye, entre otros, el derecho a emprender acciones legales, negociar acuerdos y tomar cualquier otra medida necesaria para recuperar el importe pagado en virtud de la presente póliza. El asegurado se compromete a cooperar plenamente con la aseguradora, sin coste alguno para esta, en el ejercicio de sus derechos de subrogación. Esta cooperación incluye, entre otras cosas, proporcionar la información y los documentos necesarios, completar y firmar documentos y cuestionarios, y asistir a los procedimientos legales que requiera la aseguradora. El asegurado deberá notificar por escrito a la aseguradora tan pronto como sea razonablemente posible cuando tenga conocimiento de una posible reclamación de subrogación contra un tercero responsable del daño causado al asegurado. El asegurado no hará nada que pueda afectar negativamente o perjudicar los derechos de subrogación de la

aseguradora, incluyendo, entre otros, llegar a un acuerdo o compromiso sobre cualquier reclamación contra un tercero responsable sin el consentimiento de la aseguradora. Cualquier falta de cooperación por parte del asegurado en los esfuerzos de subrogación de la aseguradora puede dar lugar a la no renovación de la póliza del asegurado.

22. **TERMINACIÓN DE COBERTURA DESPUÉS DE LA FECHA DE EXPIRACIÓN DEL CONTRATO:** En la eventualidad que un contrato sea terminado por cualquier motivo la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación y la Compañía será sólo responsable de tratamientos cubiertos bajo los términos del contrato que tuvieron lugar antes de la fecha efectiva de terminación del contrato. 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.
23. **CAMBIO DE PLAN O DEDUCIBLE:** El asegurado principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha del aniversario de la póliza. 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 enla 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 elproducto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá 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.
24. **PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS:** La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen

como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del Asegurado, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnostico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el Asegurado no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza.

En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, La Aseguradora podrá, a su entera discreción: i. solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado); ii. reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura; iii. reducir el monto pagado por error de la prima no devengada; iv. levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.

25. **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. **ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR:** Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ya sea por isquemia o hemorragia.
3. **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.
4. **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.
5. **AERONAVE PRIVADA:** Cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una aerolínea comercial.
6. **AFILIADO:** Una persona para quien la solicitud ha sido completada, la cuota pagada, y para quien la cobertura ha sido aprobada por la Compañía y ha comenzado. El término "Afiliado" incluye al Titular del Contrato y a todos los dependientes cubiertos bajo este contrato.
7. **ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA:** Dilatación de un vaso sanguíneo por medio de un catéter con globo.
8. **AÑO CALENDARIO:** Del 1o. de enero al 31 de diciembre del mismo año.
9. **AÑO CONTRATO:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad del contrato y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses.
10. **CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un(os) tumor(es) maligno(s) y/o su(s) metástasis.
11. **CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO:** Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes físicos completos.
12. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento del contrato que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura y enumera todas las personas afiliadas.
13. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:** Cirugía de las arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de revascularización (bypass) realizada posteriormente a síntomas de angina de pecho y/o infarto del miocardio.

14. **CLASE:** Los afiliados de todos los contratos de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducible, grupo de edad, país, plan, año de contrato o una combinación de cualesquiera de éstos.
15. **COASEGURO:** Es la porción de las facturas médicas cubiertas que el Asegurado debe pagar en adición al deducible.
16. **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.
17. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es una condición:
    (a) Que fue diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva del contrato 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 contrato o su rehabilitación; o
    (c) Por la cual cualquier síntoma o signo que, si se hubiera presentado a un médico antes de la fecha efectiva del contrato o su rehabilitación, hubiera resultado en el diagnóstico de una enfermedad o desorden.
18. **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.
19. **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 y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios.
20. **CUIDADOS DE CUSTODIA:** Servicios proporcionados que incluyen, pero no están limitados a, habitación, comida y asistencia personal que no requieren la destreza de un profesional y que generalmente son proporcionados durante largos períodos. Asistencia con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionadas por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, usar el baño, etc.).
21. **CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR:** Cuidados del Afiliado en su hogar los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante del Afiliado, 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 incluyen los Cuidados de Custodia.
22. **CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

23. **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 le manejo del dolor.
24. **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. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos a un deducible fuera del país de residencia.
25. **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.
26. **DESORDEN INFECCIOSO GRAVE (SEPTICEMIA):** Desorden causado por la multiplicación de bacterias y la presencia de sus toxinas en la sangre, y que puede manifestarse con por lo menos cuatro de las siguientes condiciones: Cultivo de sangre positivo, temperatura rectal mayor que 38.50 grados, anemia, leucocitosis (>12,000) o leucopenia (<4,000), trombocitopenia (<140,000), trastornos de la coagulación y acidosis metabólica.
27. **DESÓRDENES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS:** Cualquier desorden o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa y de si se manifestó o fue diagnosticado al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.
28. **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.
29. **DONANTE:** Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno, o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de trasplantarlos en el cuerpo de otra persona (receptor).
30. **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 Afiliado si no se proporciona atención médica dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes.
31. **ENFERMEDAD:** Una condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.
32. **ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:** Enfermedad en la cual el sistema nervioso central y/o periférico, se encuentran afectados por un desorden que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen el sistema

nervioso central y/o periférico. No se considerará enfermedad neurológica a los efectos de este contrato, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central y/o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

33. **ENFERMERA(O):** Una persona legalmente licenciada para proporcionar cuidados a enfermos.
34. **ENMIENDA:** Documento añadido al contrato por la Compañía que aclara, explica o modifica el contrato.
35. **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.
36. **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.
37. **EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Un procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico, equipo, o medicamento:
    (a) Que no ha sido aprobado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA); o
    (b) Está bajo investigación y su uso limitado a investigaciones clínicas controladas.
38. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad del contrato.
39. **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del próximo año contrato. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario del contrato.
40. **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la cuota es debida y pagable.
41. **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo el contrato, tal como aparece en el "Certificado de Cobertura". Esta fecha solo será efectiva después que el contrato haya sido entregado al Titular del Contrato y que haya expirado el derecho de diez (10) días para examinar el contrato.
42. **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.
43. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o médicos que asisten al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.
44. **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.

45. **INFARTO DEL MIOCARDIO:** Enfermedad que consiste en la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser respaldado por cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG), aumento en los valores de las enzimas cardíacas y otros estudios diagnósticos.
46. **INSUFICIENCIA RENAL:** Etapa terminal de una enfermedad crónica renal, que significa la perdida total e irreversible del funcionamiento renal, como consecuencia de la cual se hace necesario el tratamiento con diálisis o el trasplante del riñón.
47. **LESIÓN:** Daño causado al organismo por una causa externa.
48. **MÉDICAMENTE NECESARIO:** Un tratamiento, servicio o suministro médico que 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 Afiliado, la familia del Afiliado o el prestador del servicio (ej. enfermera privada, sustitución de una habitación privada estándar de hospital por una suite o junior suite); o
    (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Afiliado; o
    (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
    (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio médico, terapia física, enfermería).
49. **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.
50. **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.
51. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS:** Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.
52. **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.
53. **MÉDICO O DOCTOR:** Una persona debidamente autorizada para la práctica de la medicina en el país donde el tratamiento es proporcionado y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “Médico” o “Doctor” también incluirá a personas legalmente licenciadas para la práctica de la Odontología.
54. **NEUROCIRUGÍA:** Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, que incluye el cerebro, la medula espinal, los nervios periféricos y los vasos sanguíneos del cerebro y la medula espinal.

55. **NOTIFICACIÓN:** El Asegurado tiene la obligación de comunicar una notificación a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir un tratamiento de emergencia. Esta notificación deberá realizarse dentro de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio de la necesidad del tratamiento. Un tercero podrá realizar la notificación en nombre del Asegurado si éste no pudiera hacerlo por sí mismo. Todas las notificaciones deben comunicarse a través de los canales de soporte aceptados, que se especifican en la tarjeta del seguro.
56. **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.
57. **PANDEMIA:** Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
58. **PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** El período de tiempo durante el cual el asegurado no contara con ningún 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.
59. **PERÍODO DE ESPERA ESPECIFICO:** El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios. Los beneficios con período de espera específicos nos e eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.
60. **PERÍODO DE GRACIA:** El período de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento, durante el cual la Compañía permitirá que el contrato sea renovado.
61. **POLITRAUMATISMO:** Es el trauma grave de varios órganos y tejidos del cuerpo humano como consecuencia de una acción física externa y debido a la cual el paciente puede sufrir incapacidad temporal o definitiva e inclusive la muerte.
62. **PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS):** La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.
63. **QUEMADURAS GRAVES:** Lesión de los tejidos causada por acción de factores físicos o químicos. A los efectos de la presente Cobertura solo serán consideradas como Quemaduras Graves aquellas que sean catalogadas como Quemaduras de Tercer (3er) Grado.
64. **QUIMIOTERAPIA:** Uso de agentes químicos, prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.
65. **RADIOTERAPIA:** Uso de radiaciones ionizantes prescritas por un médico para el tratamiento y control del cáncer.
66. **RECEPTOR:** La persona que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante de órgano o tejido.
67. **RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.
68. **RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS:** Un grupo de hospitales y médicos contratados a nombre de la Compañía con el propósito de

proporcionar los beneficios de trasplante de órganos al Afiliado. La relación de hospitales y médicos en la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos está disponible en USA Medical Services y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

69. **RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Un grupo de hospitales y médicos aprobados y contratados para tratar Afiliados a nombre de la Compañía. La relación de hospitales y médicos de la Red de Proveedores Preferidos se pueden obtener de USA Medical Services y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
70. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:** La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Afiliado (aprobada y requerida por USA Medical Services).
71. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Tratamientos o servicios proporcionados u ordenados por un médico para el Afiliado cuando el Afiliado no está hospitalizado. Servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia.
72. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Personal de enfermería, instrumentistas, alimentación y habitación privada o semi-privada estándar de hospital, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios, ordenados por un médico para el Afiliado que es admitido en un hospital. La enfermera privada y la sustitución de una habitación privada estándar de hospital por una suite o junior suite no están incluidos en los servicios hospitalarios.
73. **SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS-X:** Servicios de rayos-x y exámenes de laboratorio médicamente necesarios para diagnosticar o tratar condiciones médicas.
74. **SOLICITANTE:** La persona que firmó la solicitud para cobertura.
75. **SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por un propuesto Titular del Contrato sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Compañía para determinar la aceptación o denegación de la cobertura. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados a o solicitados por la Compañía antes de la emisión del contrato.
76. **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.
77. **TITULAR DEL CONTRATO:** El solicitante nombrado en la solicitud. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y el retorno de cualquier cuota no devengada.
78. **TRASPLANTE DE ÓRGANO:** Procedimiento mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona (receptor) un órgano o tejido procedentes de un donante de la misma especie.
79. **TRANSPORTACIÓN POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transportación de emergencia hacia un hospital por una ambulancia terrestre.
80. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transportación aérea de emergencia desde el hospital donde el Afiliado está ingresado hasta el hospital más cercano donde el tratamiento médico adecuado puede ser proporcionado.
81. **TRATAMIENTO:** La atención y cuidado médico o quirúrgico de un paciente.

82. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Tratamiento médicamente necesario debido a una emergencia.
83. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto.
84. **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.
85. **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Los cargos usuales, acostumbrados y razonables por servicios médicos proporcionados en un área geográfica determinada, independientemente de si se realizó pago directo o reembolso.

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_PRE_V27.01