

BUPA SELECT
Membership Guide

INDEX

AGREEMENT....2
BENEFITS....6
- Schedule of benefits....7
- Policy Provisions....9

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS....15
ADMINISTRATION....18
DEFINITIONS....24
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. 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information shown on the application is incorrect or incomplete, or any information has been omitted, the policy may be rescinded, cancelled, or coverage may be modified, at the sole discretion of the Insurer.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-four (74) 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 that 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 Policy-holder to terminate the Policyholder's coverage; or
(d) Upon written request from the Policy-holder to terminate a dependent's coverage; or
(e) Upon written notification from the Insurer, as allowed by the conditions of this policy.

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

REQUIREMENT TO NOTIFY THE INSURER

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

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

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

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

ONLINE TO MAKE YOUR LIFE EASIER!

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

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

You are responsible for checking all documents and correspondence online.

BENEFITS

- See applicable sections of the policy for details, limitations, and restrictions.
- The plan Bupa Select policy provides coverage in the Preferred Provider Network only. No benefits are payable for services rendered outside the Preferred Provider Network, except under the emergency medical treatment provision.
- Maximum coverage is two million dollars (US$2,000,000) per insured, per lifetime for all covered medical and hospital charges while the policy is in force, subject to the limitations herein.
- The insurer, USA Medical Services, and/or any of their applicable related subsidiaries and affiliates will not engage in any transactions with any parties or in any countries where otherwise prohibited by the laws in the United States of America. Please contact USA Medical Services for more information about this restriction.

SCHEDULE OF BENEFITS

Coverage (per Insured)	Maximum benefit
Standard private or semi-private hospital room and board	No limit
Intensive care room and board	No limit
Maternity care (except plans Select 5 and Select 7) (no deductible or coinsurance applies)	US$2,000
Newborn coverage (no deductible or coinsurance applies)	US$10,000
Congenital and Hereditary Disorders: ◦ Manifested before age 18 (per Insured, per lifetime) ◦ Manifested on or after age 18 (per Insured, per lifetime)	 US$100,000 US$2,000,000
Air ambulance transportation (per Insured, per lifetime)	US$50,000
Ground ambulance transportation (per incident)	US$1,000
Repatriation of mortal remains	US$5,000
Emergency treatment outside the Preferred Provider Network (per incident)	US$25,000
Adult routine health checkup (per insured, per year, no deductible applies)	US$200
Pediatric routine health checkup (per insured, per year, no deductible applies)	US$200

DEDUCTIBLE

- All insureds under the policy have an in-country and an out-of-country 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 in-country and out-of-country maximum amounts of the policy. Once the maximum deductible amounts of the policy are met, the insurer will consider all individual deductible responsibilities as met.
- Any eligible charges incurred by an insured during the last three (3) months ofbthe policy year will apply to that policy year's deductible and will also be carried over to be applied towards that insured's deductible for the following policy year, as long as there are no expenses incurred during the first nine (9) months of the policy year. If the benefit is granted to carry over the insured's deductible to the following policy year, and subsequently the insured submits claims or requests for reimbursement for eligible expenses that occurred during the first nine (9) months of the policy year, the benefit will be reversed, and the insured will be responsible for the following policy year's deductible. This benefit does not apply to additional deductibles to the regular annual deductible of the policy, which may be applied for certain limitations of the Insured.

COINSURANCE

- The Insured is responsible for twenty percent (20%) of approved charges for the first five thousand dollars (US$5,000) after satisfaction of the applicable deductible (except plans Select 5 and Select 7).
- One (1) coinsurance per Insured, per policy year.
- In the event of an accident involving multiple members of an insured family on the same policy, a maximum of two (2) coinsurances will be charged for this incident. Other coinsurance may be applicable for the members who were not charged coinsurance, for other illnesses or injuries not related to the accident.
- If USA Medical Services is notified in accordance with the policy requirements, then coinsurance will not apply to medical services in the country of residence (except Mexico).

POLICY PROVISIONS

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

company to the nearest medical facility. The vehicle or aircraft used must be staffed by medically trained personnel and must be equipped to handle a medical emergency. Prior authorization must be obtained from the Insurer. Failure to obtain prior authorization from the Insurer may result in the denial of coverage.

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

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

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

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

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

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

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

(a) Air Ambulance Transportation:

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

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

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

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

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

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

7. MATERNITY CARE (EXCEPT PLANS SELECT 5 SELECT 7):

(a) There is a maximum benefit of two thousand dollars (US$2,000) for each pregnancy with no deductible or coinsurance.

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

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

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

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

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

There is an optional rider available (except plan Select 5 and Select 7) to cover newborn and maternity complications.

8. NEWBORN COVERAGE:

(a) If born from a Covered Pregnancy:

i. Provisional coverage: If born from a covered pregnancy, each newborn will automatically be covered for complications of birth, and any injury or illness for the first ninety (90) days after birth up to a maximum of ten thousand dollars (US$10,000) with no deductible or coinsurance.

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

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

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

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

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

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

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

i. One hundred thousand dollars (US$100,000) per person, including any benefits already paid on an existing policy or rider, after deductible

and co-insurance (if applicable), for any congenital and hereditary disorders that initially manifest themselves on or after your policy anniversary date occurring on or after August 1, 2003;

ii. Ten thousand dollars (US$10,000) per person up to the insured's eighteenth (18th) birthday, including any benefits already paid on an existing policy or rider, for insureds born from a covered pregnancy only, when the congenital and hereditary disorders initially manifest themselves prior to your policy anniversary date occurring on or after August 1, 2003.

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

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

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

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

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

(a) Disclosed at the time of the application:

i. Free of symptoms, signs and treatment during the five (5) year period prior to the effective date of the policy, are covered upon expiration of the ninety (90) days waiting period, unless specifically excluded by an amendment to the policy.

ii. With symptoms, signs or treatment any time during the five (5) year period prior to the effective date of the policy, will be covered after two years from the effective date of the policy, unless specifically excluded by an amendment to the policy.

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

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

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

15. **REPATRIATION OF MORTAL REMAINS:** In the event an Insured dies outside of his/her country of residence, the Insurer will pay up to five thousand dollars (US$5,000) toward repatriation of the deceased's remains to the deceased's country of residence, if the death resulted from a condition which would have been covered under the terms of the policy had the Insured survived. Coverage is limited to only those services and supplies necessary to prepare the deceased's body and to transport the deceased to his country of residence. Arrangements must be coordinated in conjunction with USA Medical Services.

16. **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 COINSU-RANCE (IF APPLICABLE).

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

18. **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.

19. **NOSE AND SEPTAL DEFORMITY:** When nose or nasal septum deformity is induced by a trauma in a covered accident, surgical treatment will only be covered if authorized in advance by USA Medical Services. The evidence of trauma in the form of fracture must be confirmed radiographically (X-rays, CT Scan, etc.).

20. **GENERAL WAITING PERIOD:** This policy contains a general ninety-day (90-day) waiting period, during which only illnesses or injuries caused by an accident occurring within this period, or diseases of infectious origin that first manifest themselves within this period, will be covered. Some benefits also have specific waiting periods, which are stated in your Table of Benefits.

21. **WAIVING OF GENERAL WAITING PERIOD:** The Insurer will waive the waiting period only if:

    (a) Other medical expense insurance was in force with another company for the Insured for at least one (1) continuous year; and

    (b) The effective date of this policy commences within thirty (30) days of the expiration of the previous coverage; and

    (c) The prior coverage is disclosed in the application for insurance; and

(d) We receive the prior policy and a copy of the receipt for the last year's premium payment, with the application.

If the waiting period is waived, benefits payable for any condition incurred during the first ninety (90) days of coverage are limited, while the policy is in force, to the lesser benefit provided either by this policy or the prior policy.

This elimination of the general waiting period does not apply to benefits covered with specific waiting periods.

22. **VACCINES:** The company will cover the costs and administration of medically required vaccines, according to the national vaccination program (children and adults), including the Human Papillomavirus (HPV) vaccine to protect against cervical cancer, influenza vaccine (flu), legally vaccinated required for travel vaccines against pneumococcus, and medicines against malaria up to three hundred dollars (US300). Applies twenty percent of coinsurance (20%).
23. **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.
24. **ROUTINE HEALTH CHECKUPS:** Routine physical examinations are covered up to a maximum of two hundred (US$200) dollars per insured, per policy year, with no deductible. Routine physical examinations may include diagnostic studies. Pediatric routine health checkups apply to insured dependants from twelve (12) months to seventeen (17) years; adult routine health checkups apply to insured eighteen and up.
25. **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.
26. **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.
27. **TELEMEDICINE:** Access to remote health care services may be made available through blua, Bupa's digital health platform. These services may include general medicine video consultations, medical counseling in selected specialties, and other digital tools designed to support health care management and wellness. The Insured may access these services through the "My Bupa Latin America" application or the Company's website at www.bupasalud.com. All available digital features and health programs will be identified and described through the blua platform.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

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

1. Treatment of any illness, injury, or any charges arising from any treatment, service or supply which is:
   (a) Not medically necessary; or
   (b) For an Insured who is not under the care of a physician, doctor or skilled professional; or
   (c) Not authorized or prescribed by a physician or doctor; or
   (d) Custodial care.
2. Any care or treatment, while sane or insane, received due to self inflicted illness or injury, suicide, failed suicide, alcohol use or abuse, drug use or abuse, or the use of illegal substances or illegal use of controlled substances. This includes any accident resulting from any of the aforementioned criteria.
3. Routine eye and ear examinations (except protocol exams in outpatient consultations), hearing aids, eye glasses, contact lenses, radial keratotomy and/or other procedures to correct eye refraction disorders, except when coverage is specified in your Table of Benefits.
4. The issuance of medical certificates and examinations as to the suitability for employment or travel.
5. Chiropractic care, homeopathic treatment, acupuncture or any type of alternative medicine.
6. Any illness or injury not caused by an accident or a disease of infectious origin which first manifested within the first ninety (90) days from the effective date of the policy.
7. Elective or cosmetic surgery, or medical treatment, which is primarily for beautification, unless necessitated by injury, deformity or illness, which first occurs, while the Insured is covered under this policy. This also includes any surgical treatment for nasal or septal deformity that was not induced by trauma, except as provided for in this policy.
8. Any charges in connection with pre-existing conditions, except as defined and addressed in this policy.
9. 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.
10. 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.
11. Diagnostic procedures or treatment of mental illnesses and/or psychiatric, behavioral or developmental disorders, Chronic Fatigue Syndrome, sleep apnea and any other sleep disorders.
12. 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.
13. Any expense for male or female sterilization, reversal of sterilization, sex change, sexual transformation, birth control, infertility, artificial insemination, sexual dysfunction or inadequacies, and sexually transmittable disease.

14. 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.

15. Any expense, service or treatment for obesity, weight control or any form of food supplement.

16. Podiatric care to treat functional disorders of the structures of the feet, including but not limited to, corns, calluses, bunions, Hallux valgus, hammer toe, Morton's neuroma, flat feet, weak arches and weak feet, including pedicures, special shoes and inserts of any type or form.

17. Treatment by a bone growth stimulator, bone growth stimulation or treatment relating to growth hormone, regardless of the reason for prescription.

18. Treatment for injuries resulting from participation in any hazardous activities.

19. All treatment to a mother or to a newborn related to a non- covered pregnancy.

20. Any voluntarily induced termination of pregnancy, unless imminent maternal demise is apparent.

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

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

23. 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.

24. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), HIV positive or AIDS related illnesses.

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

26. 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.

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

28. "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 an 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.

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

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

31. Cost relating to the acquisition and implantation of an 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.

32. 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.

33. Any treatment related to transplant procedures, including, but not limited to, the transplantation of human, artificial or animal organs.

34. 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, except the vaccines that are specified in the vaccination benefit and/or in the Table of Benefits.

35. 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.

36. 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.

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: (a) Approve a direct payment; or (b) 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. Exchange rates for bills received in currencies other than U.S. dollars will be in accordance with the official exchange rate, as determined by the Insurer, on the date of service. Additionally, the insurer reserves the right to issue the payment or reimbursement in the currency in which the service or treatment was invoiced. 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. 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. **VACCINES:** the company will cover the costs for the application of vaccines, medically required as a part of national immunization programs.

24. **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.

25. **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.

26. **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:** Coinsurance is the percentage of eligible medical expenses that insured must pay, after meeting/meeting the deductible, for the benefits listed in their benefit table, within and/or outside the country of residence and taking into consideration your benefit limits.
14. **COMPLICATION OF BIRTH:** Any disorder related to the birth of a newborn, not caused by genetic factors, manifested during the first thirty-one (31) days of life, including, but not limited to, hyperbilirubinemia (jaundice), cerebral hypoxia, (jaundice), cerebral hypoxia, hypoglycemia, prematurity, respiratory distress, and birth trauma.
15. **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.
16. **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.

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 for 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. **COVERED PREGNANCY:** Covered pregnancies are those where the actual date of delivery is at least twelve (12) months after the effective date of coverage for the respective insured mother. Plans respective insured mother. Plans Select 5 and Select 7 do not have covered pregnancies.
19. **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.
20. **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.).
21. **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.
22. **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.
23. **DIAGNOSTIC MEDICAL CENTER:** Medical facility licensed to perform comprehensive medical physical examinations.
24. **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.
25. **DUE DATE:** The date on which the premium is due and payable.
26. **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.
27. **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.

28. **EMERGENCY DENTAL TREATMENT:** Treatment necessary to restore or replace sound natural teeth, damaged or lost in a covered accident.
29. **EMERGENCY TREATMENT:** Medically necessary treatment due to an emergency.
30. **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.
31. **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.
32. **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.
33. **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.
34. **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.
35. **GROUND AMBULANCE TRANSPORTATION:** Emergency transportation to a hospital by ground ambulance.
36. **HAIR PROSTHESIS (WIG):** The hair prosthesis is a piece formed by a special base in the form of a mesh to which hair fibers are attached.
37. **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.
38. **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.
39. **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.
40. **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) Is not a place of rest, a place for the aged, or nursing, or convalescent home, or institution, or a long term care facility.

41. **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.

42. **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.

43. **INJURY:** Damage inflicted to the body by an external cause.

44. **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.

45. **LABORATORY AND X-RAY SERVICES:** Medically necessary X-ray services and laboratory testing used to diagnose or treat medical conditions.

46. **MAXIMUM COINSURANCE (STOP LOSS):** is the total sum of coinsurance money that 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.

47. **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.

48. **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).

49. **NEWBORN:** An infant from the moment of birth through the first thirty-one (31) days of life.

50. **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.

51. **NURSE:** An individual legally licensed to provide nursing care.
52. **ORGAN TRANSPLANT:** The removal of an organ or tissue from one body to be planted in other body to replace a damaged or failing organ.
53. **OUT OF POCKET MAXIMUM:** Is the maximum amount that insured must pay for covered medical expenses in a policy year. This amount includes the deductible, coinsurance, and copayment.
54. **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.
55. **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.
56. **PANDEMIC:** An epidemic occurring over a widespread area (multiple countries or continents) and usually affecting a substantial proportion of the population.
57. **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.
58. **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.
59. **POLICY YEAR:** The period of twelve (12) consecutive months beginning on the effective date of the policy and any subsequent twelve month period thereafter.
60. **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.
61. **PREFERRED PROVIDER NET-WORK:** 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.
62. **PRESCRIPTION MEDICATIONS:** Medications that may legally be dispensed only pursuant to a physician’s prescription. This coverage includes legally authorized generic and brand-name drugs. Such medications are covered when purchased from a duly licensed pharmacy, subject to the terms and limits set forth in the Schedule of Benefits applicable to the selected plan.

63. **PRIVATE AIRCRAFT:** Any aircraft in a flight that is not regularly scheduled or chartered by a commercial airline.
64. **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.
65. **RENEWAL DATE:** The first day of the next policy year. The renewal date occurs only on the anniversary date of the policy.
66. **RIDER:** A document added to the policy by the insurer, which adds optional coverage.
67. **ROUTINE HEALTH CHECKUP:** A medical examination taken at regular intervals to verify a normal state of health or discover a disease in its early stages. A checkup does not include any test or consultation to follow-up on a disease already diagnosed.
68. **SECOND SURGICAL OPINION:** The medical opinion of a physician other than the current attending physician (approved and required by USA Medical Services).
69. **SPECIFIC WAITING PERIOD:** The specified period of time for certain coverages during which insured 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 us eliminate or waive under no circumstances.
70. **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.
71. **TREATMENT IN URGENCY CARE CENTERS AND CONVENIENCE CLINICS:** Are the treatments received in classified Urgent Care Centers in the United States of America. This is a type of medical service center specializing in the diagnosis and treatment of serious or acute medical conditions, which generally require immediate attention; but do not pose an imminent risk to life or health. This service is an intermediate care between the primary doctor and the emergency service. Services in hospital emergency centers or others that are not Urgent Care will not be covered under this benefit.
72. **WELL BABY CARE:** Routine medical care provided to a healthy newborn.

CONTENIDO

ACUERDO 31
BENEFICIOS 35
Tabla de beneficios 35
Provisiones de la póliza 44
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES 43
ADMINISTRACIÓN 47
DEFINICIONES 54

ACUERDO

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

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

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

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 cuatro (74) 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 Asegurado 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 de la póliza.

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

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

RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para los efectos de esta póliza, ''país de residencia'' significa el país donde se encuentra el Asegurado (principal y nombrados) físicamente residiendo al menos por ciento ochenta (180) días continuos o discontinuos durante un período de trescientos sesenta y cinco (365) días. Para tener derecho a la cobertura, el país de residencia del Asegurado (principal y dependientes nombrados) debe estar en Latinoamérica o el Caribe.Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que el país de residencia sea los Estados Unidos de América sin importar el tipo de visa emitida al Asegurado o su estado migratorio. Como excepción, asegurados con visa de trabajo, estudio u otra estadía temporal dentro de los Estados Unidos pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones como se establece en la Sección EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES, siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado permanezca fuera de los Estados Unidos o el Asegurado no reciba una tarjeta de residencia permanente (''Green Card'').

La Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad, modificar la prima, cancelar o no renovar la póliza, en caso de que cualquier Asegurado (principal y dependientes nombrados) residan o estén físicamente presente en un país fuera de Latinoamérica o el Caribe u otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.

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

No obstante la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado si mantiene presencia o residencia en un país distinto al declarado en la solicitud de seguro. Un cambio de país de residencia en este caso podría resultar en cambios en la cobertura, el deducible o la prima según la zona geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.
La extensión de la cobertura no aplicará si el Asegurado pierde su condición de estudiante o trabajador temporal y se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América o de cualquier otro país distinto DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o de su estatus migratorio.

COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

(a) En la fecha de expiración de la póliza; o
(b) Por el no pago de la prima; o
(c) A pedido por escrito del Asegurado Titular de terminar la cobertura; o
(d) A pedido por escrito del Asegurado Titular de terminar la cobertura para algún dependiente; o
(e) Por notificación escrita del Asegurador como se establece en las condiciones de esta póliza.

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

AVISO REQUERIDO POR LA COMPAÑÍA

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

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

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

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

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

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

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

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

BENEFICIOS

- Vea la sección correspondiente de la póliza para detalles, limitaciones y restricciones.
- La póliza del plan Bupa Select proporciona cobertura solamente en la Red de Proveedores Preferidos. Ningún beneficio es pagable por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Preferidos excepto bajo la provisión de tratamientos médicos de emergencia.
- Si los servicios por recibir son proporcionados a través de un proveedor dentro de la red, pero los honorarios del médico se facturan por separado del centro, la cobertura se alineará con los montos contratados con el centro para este servicio y sujetos a las tarifas UCR (Usual, Acostumbrado y Razonable) .
- La cobertura máxima es de dos millones de dólares (US$2,000,000) por asegurado, de por vida por todos los gastos médicos y de hospitales cubiertos durante la vigencia de la póliza, sujeta a los límites que se indican a continuación
- Ni el Asegurador, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

TABLA DE BENEFICIOS

Gastos cubiertos (por Asegurado)	Beneficio máximo
Habitación estándar de hospital privada o semiprivada y alimentación	Sin límite
Unidad de cuidados intensivos y alimentación	Sin límite
Beneficios por maternidad (excepto los planes Select 5 y Select 7) (no se aplican deducible ni coaseguro)	US$2,000
Cobertura del recién nacido (no se aplican deducible ni coaseguro)	US$10,000
Condiciones congénitas y hereditarias: • Manifestadas antes de la edad de 18 años (por Asegurado, de por vida) • Manifestadas a la edad de 18 años o después (por Asegurado, de por vida)	US$100,000 US$2,000,000
Transportación por ambulancia aérea (por Asegurado, de por vida)	US$50,000
Gastos cubiertos (por Asegurado)	Beneficio máximo
Transportación por ambulancia terrestre (por incidente)	US$1,000
Repatriación de restos mortales	US$5,000
Tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos (por incidente)	US$25,000
Reconocimiento médico de rutina del adulto (por asegurado, por año, no aplica deducible)	US$200
Reconocimiento médico de rutina pediátrico (por asegurado, por año, no aplica deducible	US$200

DEDUCIBLE

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

COASEGURO

- El Asegurado es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares (US$5,000) de gastos aprobados después de satisfacer el deducible establecido (excepto los planes Select 5 y Select 7).
- Un (1) coaseguro por Asegurado, por año póliza.
- En el caso de un accidente que involucre a múltiples miembros de una familia asegurada bajo la misma póliza, se aplicará un máximo de dos (2) coaseguros para este incidente. Otros coaseguros para enfermedades o lesiones no relacionadas con el accidente pueden ser aplicados a los miembros de la familia a quienes no se les aplicó un coaseguro.
- Si se notifica a USA Medical Services como es requerido en la póliza, el coaseguro no será aplicado a los servicios médicos recibidos en el país de residencia (excepto México).

PROVISIONES DE LA PÓLIZA

1. **HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** La cobertura 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 el Asegurador para un área o país determinado.
2. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para 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 en conjunto no excederá el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para dicho procedimiento quirúrgico; o
   (d) Tarifas especiales establecidas por el Asegurador para un área o país determinado.
3. **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.
4. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Solamente el tratamiento dental de emergencia que tiene lugar dentro de los primeros noventa (90) días de la fecha del accidente cubierto tendrá cobertura bajo esta póliza.
5. **TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** El Plan Bupa Select ofrece tratamiento de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos en aquellos casos donde el tratamiento de emergencia es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia fuera de la red serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US$25,000) con el deducible normal del plan y el coaseguro (si es aplicable). El Asegurado será responsable por treinta por ciento (30%) de todos los cargos médicos y de hospital que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares (US$25,000) en servicios prestados fuera de la Red de Proveedores Preferidos.
6. **TRANSPORTACIÓN DE EMERGENCIA:** La transportación de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente es cubierta si relacionada con una

condición cubierta para la cual el tratamiento no puede ser proporcionado localmente y la transportación por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. La transportación de emergencia deberá ser provista hasta la instalación médica más cercana por una compañía de transporte licenciada y autorizada. El vehículo o aeronave usada debe contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para tratar emergencias médicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

(a) Transportación por Ambulancia Aérea:

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

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

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

IV. Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el asegurado fue evacuado.

El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos.

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

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

7. CUIDADOS DE MATERNIDAD (EXCEPTO LOS PLANES SELECT 5 Y SELECT 7):

(a) Existe un beneficio máximo de dos mil dólares (US$2,000) para cada embarazo sin deducible ni coaseguro.

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

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

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

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

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

Existe una cobertura adicional opcional disponible (excepto para el plan Select 5 y Select 7) para cubrir complicaciones de la maternidad y del recién nacido.

8. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Si nace de una Maternidad Cubierta:

i. Cobertura provisional: Si nace de una maternidad cubierta, cada recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier complicación del parto, cualquier lesión, o enfermedad durante los primeros noventa (90) días después del nacimiento hasta un máximo de diez mil dólares (US$10,000) sin deducible ni coaseguro.

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

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

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

iii. Los cuidados del recién nacido saludable: Están solamente cubiertos como aparece en la provisión de "Cuidados de Maternidad" de la póliza.

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

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

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

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

ii. Diez mil dólares (US$10,000) por persona hasta el décimo octavo (18°) cumpleaños del Asegurado, incluyendo cualquier beneficio ya pagado sobre una póliza o anexo ya existente, para asegurados nacidos bajo una maternidad cubierta solamente, cuando el desorden congénito y hereditario se manifestó inicialmente con anterioridad al aniversario de la póliza, en o después del 1° de agosto de 2003.

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

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

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

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

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 el Asegurador 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, quimioterapia, y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos, pero deben

ser aprobados y coordinados con anticipación por USA Medical Services. Los tratamientos especiales serán provistos por el Asegurador o reembolsados al costo incurrido por el Asegurador si los hubiera comprado a sus proveedores.

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

    (a) Declaradas al llenar la solicitud:

        i. Libre de signos, síntomas y tratamiento durante un período de cinco (5) años anteriores a la fecha efectiva de la póliza, están cubiertas al expirar el período de espera de noventa (90) días, a menos que estén específicamente excluidas por una enmienda a la póliza.

        ii. Con signos, síntomas o tratamiento en cualquier momento dentro de un período de cinco (5) años anteriores a la fecha efectiva de la póliza, serán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén específicamente excluidas por una enmienda a la póliza.

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

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

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

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

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

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

17. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** La cobertura es provista solamente cuando es médicamente necesaria.
18. **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.
19. **DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Cuando una deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por un trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico sólo será cubierto si previamente ha sido autorizado por USA Medical Services. La evidencia de trauma en la forma de fractura debe ser confirmada por medios radiográficos (rayos-x, CT Scan, etc.)
20. **PERÍODO DE ESPERAGENERAL:** Esta póliza contempla un período de espera general de noventa (90) días, durante el cual solamente estarán cubiertas 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. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su Tabla de Beneficios.
21. **EXONERACIÓN DEL PERÍODO GENERAL DE ESPERA:** El Asegurador eliminará el período de espera solamente si:
    (a) Previamente un seguro de gastos médicos estaba vigente con otra compañía para el Asegurado por lo menos durante un (1) año continuo; y
    (b) Si la fecha efectiva de esta póliza comienza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de expiración de la cobertura previa; y
    (c) La cobertura anterior es declarada en la solicitud del seguro; y
    (d) Si nosotros recibimos con la solicitud, una copia de la póliza anterior y del recibo del pago de la prima del año anterior.

    Si el período de espera es exonerado, los beneficios pagaderos por cualquier condición incurrida durante los primeros noventa (90) días, están limitados mientras la póliza esté en vigor, al menor de los beneficios provistos por esta póliza o la póliza anterior.

    Esta exóneracion del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.
22. **VACUNAS:** La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y adultos), incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria hasta un maximo de trescientos dolares. Aplica un veinte por ciento (20%) de coaseguro.
23. **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.
24. **RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE RUTINA:** Los exámenes médicos de rutina están cubiertos hasta un máximo de doscientos (US$200) dólares por asegurado, por año póliza, sin deducible. Los exámenes médicos de rutina

pueden incluir estudios de diagnóstico. El reconocimiento médico de rutina pediátrico aplica a los dependientes asegurados desde los doce (12) meses hasta los diecisiete (17) años;el reconocimiento médico de rutina para adultos aplican a los asegurados de dieciocho (18) años en adelante.

25. **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.
26. **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.
27. **TELEMEDICINA:** Se podrá acceder a servicios de atención médica remota, incluyendo Videoconsultas en Medicina general, asesoramiento médico en ciertas especialidades, así como otras capacidades digitales dirigidas al cuidado de la salud. Estos servicios digitales se prestarán a través de blua, la salud digital de Bupa. Para acceder a ellos, se puede hacer a través de la aplicación “My Bupa Latin America” o a través de la página web de la Compañía www.bupasalud.com. En ambos casos todas las funcionalidades digitales y programas de salud se encuentra bajo la descripción de blua.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Este contrato no proporciona cobertura o beneficios para lo siguiente:

1. El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad, o cualquier cargo resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro que:
   (a) No sea médicamente necesario; o
   (b) Para un Asegurado que no se encuentra bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional cualificado; o
   (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor; o
   (d) Cuidados de custodia.
2. Cualquier cuidado o tratamiento estando en su juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto-inflingidas, suicidio, suicidio fallido, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales o el uso ilegal de substancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
3. Exámenes de rutina de ojos y oídos (a excepción de aquellos exámenes que son realizados como parte del protocolo en las consultas ambulatorias), dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
4. Emisión de certificados médicos y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
5. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
6. Cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de la fecha efectiva de la póliza.
7. Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza. Esto también incluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido inducido por trauma, excepto como se provee en esta póliza.
8. Cualquier cargo relacionado con condiciones preexistentes como se definen y tratan en esta póliza.
9. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU.
10. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro.
11. Procedimientos para diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes de la conducta o del desarrollo. Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.
12. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio en particular o suministro para el área geográfica.

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

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

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

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

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

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

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

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

21. Cualquier enfermedad o desorden congénito o hereditario, excepto lo que se establece en las provisiones de esta póliza.

22. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionados con un accidente cubierto o después de noventa (90) días de la fecha de tal accidente.

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

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

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

26. 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.

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

28. Medicamentos de venta libre o medicamentos obtenibles sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en un hospital y medicamentos prescritos que no son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.

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

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

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

31. 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.

32. 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.

33. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de transplante, incluyendo, pero no limitado al, transplante de órganos humanos, artificiales o de animales.

34. 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, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

35. 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.

36. 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 DEL SEGURO:** Sujeto a las provisiones de esta póliza, los beneficios comienzan en la Fecha Efectiva de la póliza y no en la fecha en que el seguro fue solicitado.
4. **OTRA COBERTURA DE SEGURO:** Cuando existe otra póliza que proporciona beneficios también cubiertos por ésta póliza, los beneficios serán coordinados. Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deben ser efectuadas en primera instancia contra de la otra póliza. Esta póliza sólo proveerá beneficios cuando tales beneficios, pagables bajo la otra póliza, hayan sido agotados. Fuera del país de residencia, Bupa Insurance Company funcionará como el primer Asegurador y retiene el derecho de recaudar cualquier pago de otro asegurador local u otros aseguradores.
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 del Asegurador efectuar los pagos directamente a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, el Asegurador reembolsará al Asegurado las tarifas contractuales dadas al Asegurador por el proveedor en cuestión y/o de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables para esa área geográfica, lo que sea menor. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. Si el Asegurado Titular no estuviese vivo el Asegurador pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado fallecido. USA Medical Services debe recibir completa la información médica y no médica que ellos requieran para determinar la compensabilidad antes de: (a) Aprobar un pago directo; o (b) Reembolsar al Asegurado Titular.

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

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

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

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

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

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

    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 PRIMA:** El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Asegurado. La prima es pagadera en la fecha de renovación de la póliza o en otra fecha de vencimiento si es autorizado por el Asegurador. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y el Asegurador no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no recibe un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento y el Asegurado no sabe el monto del pago de la prima, el Asegurado debe contactar a su Agente o al Asegurador. El pago también puede efectuarse a través de nuestro sitio en la Internet (www.bupasalud.com).
14. **CAMBIO DE TARIFAS:** El Asegurador se reserva el derecho de cambiar las tarifas de esta póliza en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido en base a la "clase" solamente, en la fecha de renovación de cada póliza respectiva.
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 el Asegurador en la fecha del servicio. Adicionalmente, el Asegurador se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. Después de cumplir 19 años, los dependientes asegurados deben presentar una declaracion escrita firmada por el Asegurado Titular 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 Asegurado Titular o el Asegurador cancela la póliza después de haber sido emitida, reinstalada o renovada, el Asegurador reembolsará la porción no devengada de la prima menos los costos administrativos y los costos de emisión de la póliza hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima. Los costos de emisión de la póliza, los cargos por los servicios de USA Medical Services y treinta y cinco por ciento (35%) de la prima básica no son reembolsables. La porción no utilizada de la prima está basada en el número de días correspondientes a la modalidad de los pagos menos el número de días en que la póliza estuvo en vigor.
17. **PERÍODO DE GRACIA:** Si la prima no es recibida en la fecha de su vencimiento, el Asegurador concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por el Asegurador antes del final del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Los beneficios no serán proporcionados durante el período de gracia a menos que la póliza sea renovada.

18. **REHABILITACIÓN:** Si la póliza no fue renovada durante el Período de Gracia, puede ser rehabilitada en los siguientes 60 (sesenta) días despúes del final del período de gracia si el asegurado proporciona nueva evidencia de asegurabilidad consistiendo de una nueva solicitud y cualquier otra información o documento requerido por el Asegurador. Todas las pólizas rehabilitadas después del período de gracia de treinta (30) días son consideradas nuevas pólizas, con ninguna antigüedad o crédito suministrado al Asegurado. Todas las condiciones médicas existentes con anterioridad a la fecha de rehabilitación de la póliza serán consideradas y tratadas bajo esta póliza como condiciones preexistentes. Ninguna rehabilitación será autorizada noventa (90) días después de la fecha efectiva de terminación de la póliza.
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 DE LA PÓLIZA:** En la eventualidad que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación y el Asegurador será sólo responsable de tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que tuvieron lugar antes de la fecha efectiva de terminación de la póliza. 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:** En la fecha de cualquier aniversario, el Asegurado Titular puede solicitar un cambio de plan o de deducible. Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo. 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 hayasido 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.

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

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

    (e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no 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. **ACTIVIDADES PELIGROSAS:** Cualquier actividad que expone al participante a un riesgo o peligro previsible. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no están limitados a, deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, "bungee jumping", participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
3. **ADULTO DEPENDIENTE:** Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.
4. **AERONAVE PRIVADA:** Cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una aerolínea comercial.
5. **ANEXOS:** Documento agregado a la póliza por el Asegurador, que adiciona cobertura opcional.
6. **AÑO CALENDARIO:** Del 1o. de enero al 31 de diciembre del mismo año.
7. **AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses.
8. **ASEGURADO:** Una persona para quien la solicitud ha sido completada, la prima pagada, y para quien la cobertura ha sido aprobada por el Asegurador y ha comenzado. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.
9. **ASEGURADO TITULAR:** El solicitante nombrado en la solicitud para seguro de salud. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y el retorno de cualquier prima no devengada.
10. **CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO:** Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes físicos completos.
11. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento de la póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera todas las personas cubiertas.
12. **CLASE:** Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo, pero no limitado a, beneficios, deducible, grupo de edad, país, plan, año de póliza o una combinación de cualesquiera de éstos.
13. **COASEGURO:** Es la porción de las facturas médicas cubiertas que el Asegurado debe pagar en adición al deducible.
14. **CÓDIGOS CPT "CURRENT PROCEDURAL TERMINOLOGY" (CPT) O EN ESPAÑOL, "TERMINOLOGÍA PROCEDIMENTAL ACTUAL":** Es una lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera

estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

15. **COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO:** Cualquier desorden de un recién nacido relacionado con el nacimiento pero no causado por factores genéticos, que se manifiesta durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
16. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es una condición:
    (a) Que fue diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza 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 de la póliza 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 de la póliza o su rehabilitación, hubiera resultado en el diagnóstico de una enfermedad o desorden.
17. **CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA:** La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad. Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios.El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.
18. **COPAGO:**El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios.
19. **CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE:** Es el cuidado de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.
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 Asegurado en su hogar los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante del Asegurado, como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización. Los Cuidados de Salud en el Hogar incluyen los servicios de profesionales calificados y licenciados (enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital y no incluyen los Cuidados de Custodia.
22. **CUIDADOS PALIATIVOS:** Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas

asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para le manejo del dolor.

23. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagables. 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.
24. **DEPORTE PROFESIONAL O POR COMPENSACIÓN:** El deporte profesional o por compensación es una práctica deportiva voluntaria que realizan los deportistas, ya sea por cuenta propia o dentro de la organización o dirección de un club, liga, entidad deportiva o similar, mediante una relación establecida de carácter regular y recibiendo o con la intención de recibir a cambio, una retribución derivada de esta práctica deportiva en forma de salario, patrocinio u otro tipo de financiamiento o retribución, e incluyendo los respectivos entrenamientos aun cuando no se reciba compensación por ello.
25. **DESÓRDENES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS:** Cualquier desorden o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa y de si se manifestó o fue diagnosticado al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.
26. **DIÁLISIS:** Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.
27. **EMERGENCIA:** Una condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden razonablemente resultar en peligro inmediato para la vida o para la integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes.
28. **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.
29. **ENFERMERA(O):** Una persona legalmente licenciada para proporcionar cuidados a enfermos.
30. **ENMIENDA:** Documento añadido a la póliza por el Asegurador que aclara, explica o modifica la póliza.
31. **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.
32. **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.

33. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.
34. **FECHA DE RENOVACIÓN:** El primer día del próximo año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.
35. **FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha en que la prima es debida y pagable.
36. **FECHA EFECTIVA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en el "Certificado de Cobertura". Esta fecha solo será efectiva después que la póliza de seguro haya sido entregada al Asegurado Titular y que haya expirado el derecho de diez (10) días para examinar la póliza.
37. **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.
38. **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o médicos que asisten al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.
39. **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.
40. **LESIÓN:** Daño causado al organismo por una causa externa.
41. **MATERNIDAD CUBIERTA:** Las maternidades cubiertas son aquellas en que la fecha del parto es por lo menos doce (12) meses posterior a la fecha de cobertura de la madre asegurada. Los planes Select 5 y Select 7 no tienen cobertura.
42. **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 Asegurado, la familia del Asegurado o el prestador del servicio (ej. Enfermera privada, sustitución de una habitación estándar de hospital privada por una suite o junior suite); o
    (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
    (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
    (d) Cae fuera del alcance de la practica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio Médico, Terapia Física, Enfermería).
43. **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.
44. **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.

45. **MEDICAMENTOS GENÉRICOS:** Son medicamentos vendidos bajo la denominación del principio activo en igual composición y fórmula farmacéutica que su equivalente de marca.
46. **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.
47. **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.
48. **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.
49. **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.
50. **PANDEMIA:** Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
51. **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.
52. **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.
53. **PERÍODO DE GRACIA:** El período de tiempo de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento, durante el cual el Asegurador permitirá que la póliza sea renovada.
54. **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.
55. **RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida.

56. **RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA:** Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.
57. **RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Un grupo de hospitales y médicos aprobados y contratados para tratar Asegurados a nombre del Asegurador. 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.
58. **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA:** La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado (aprobada y requerida por USA Medical Services).
59. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Tratamientos o servicios proporcionados u ordenados por un médico para el Asegurado cuando el Asegurado no está hospitalizado. Servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia.
60. **SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS-X:** Servicios de rayos-x y exámenes de laboratorio médicamente necesarios para diagnosticar o tratar condiciones médicas.
61. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Personal de enfermería, instrumentistas, alimentación y habitación de hospital estándar privada o semi-privada y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado 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.
62. **SOLICITANTE:** La persona que firmó la solicitud para cobertura.
63. **SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por un propuesto Asegurado sobre sí mismo y sus dependientes, usada por el Asegurador para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, el Asegurador antes de la emisión de la póliza.
64. **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.
65. **TRANSPORTACIÓN POR AMBULANCIA TERRESTRE:** Transportación de emergencia hacia un hospital por una ambulancia terrestre.
66. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transportación aérea de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado hasta el hospital más cercano donde el tratamiento médico adecuado puede ser proporcionado.
67. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Retirar un órgano o tejido de un cuerpo para ser implantado en otro cuerpo para reemplazar un órgano dañado o disfuncionante.
68. **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Tratamiento médicamente necesario debido a una emergencia.

69. **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto.
70. **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.
71. **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_SEL_V27.01