

RAMESH GOBINDRAM  
CALLE 47E, BELLA VISTA, PANAMA  
BELLA VISTA, 8-8-7  
Panama  
PAET3-24-765469-PAN



WELCOME  
BIENVENIDOS  
欢迎

25 de enero de 2024



RAMESH GOBINDRAM  
CALLE 47E, BELLA VISTA, PANAMA  
BELLA VISTA, 8-8-7  
Panama

**Bupa Panamá, S.A.**  
P.H. Prime Time, Piso 25  
Oficina 25B  
Costa del Este, Ave. La Rotonda  
Panamá, República de Panamá

Tel (507) 321 6200  
[www.bupalud.com](http://www.bupalud.com)

Referencia: Póliza No. PAET3-24-765469-PAN

Estimado(a) Sr(a). GOBINDRAM:

**Bienvenido a su Bupa Essential Care**

Estamos encantados de darle la bienvenida como asegurado. En este paquete encontrará su tarjeta de seguro, la que deberá llevar consigo en todo momento. Si tiene dependiente, también incluimos la tarjeta correspondiente.

Recuerde que puede encontrar todo lo que necesita saber acerca de su Bupa Essential Care en [www.bupalud.com](http://www.bupalud.com), incluyendo:

- Copia de su Solicitud de Seguro
- Condiciones Generales y Particulares
- Información de pago
- Acceso a información sobre sus reclamaciones

**Cuando usted está despierto, nosotros también...velando por su bienestar**

Ya sea que esté en casa, en el extranjero o de viaje, estamos aquí para asegurarnos de que usted tenga el apoyo que necesita en el momento preciso. Puede contactarnos a cualquier hora del día o de la noche. Uno de nuestros asesores de servicio al cliente estará disponible para ayudarlo, ya sea para resolver una pregunta sencilla o para atender una emergencia.

Existen diferentes puntos de contacto, y para asegurarnos de que obtendrá la asistencia que requiere, hemos destacado los principales datos de contacto:

**¿Tiene una pregunta general?**

Contacte al equipo de servicio

Tel. (507) 321 6200, opción 1

**¿Necesita tratamiento?**

Podemos ayudarlo con información de hospitales, comprobar que su tratamiento está cubierto por su plan y coordinar el pago directo de su cuenta directamente cuando sea posible.

De 9:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes

Tel. (507) 321 6200

**¿Tiene una emergencia médica?**

Nuestro equipo está listo para atenderle las 24 horas del día, los 365 días del año.

En Panamá las 24 horas del día, los 365 días del año      Tel. (507) 321 6200

En los Estados Unidos

Tel. +1 (305) 275 1500

En los Estados Unidos, sin cobro

Tel. +1 (800) 726 1203

Fuera de los Estados Unidos

Encuentre el número en su tarjeta de seguro  
o en [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)

E-mail

[usamed@usamedicalservices.com](mailto:usamed@usamedicalservices.com)

**Reclamaciones**

Si tiene alguna pregunta sobre su reclamación, puede llamar a nuestro servicio de atención en los teléfonos antes mencionados. También puede obtener información sobre el proceso y descargar el formulario de reclamación en línea en nuestra página web [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

**A partir de hoy, su salud y bienestar es nuestra prioridad**

Una vez que el pago de su Bupa Essential Care ha sido confirmado, un miembro del equipo le llamará para asegurarse que ha recibido toda la información referente a su plan y responder sus preguntas. Por favor lea sus documentos y mantenga consigo su tarjeta de seguro.

Un cordial saludo,

Bupa Panamá, S. A.

Departamento de Servicio al Cliente

25 de enero de 2024



SOMOS ASESORES DE SEGUROS, S.A

Urb. Santa María, Juan Díaz  
Panama  
Panama

SOMOS ASESORES DE SEGUROS, S.A  
14585

**Bupa Panamá, S.A.**

P.H. Prime Time, Piso 25  
Oficina 25B  
Costa del Este, Ave. La Rotonda  
Panamá, República de Panamá

Tel (507) 321 6200  
[www.bupalud.com](http://www.bupalud.com)

Referencia: Póliza No. PAET3-24-765469-PAN  
Asegurado Titular: RAMESH GOBINDRAM

Estimado(a) Sr(a). GOBINDRAM:

### **Bienvenido a su Bupa Essential Care**

Estamos encantados de darle la bienvenida como asegurado. En este paquete encontrará su tarjeta de seguro, la que deberá llevar consigo en todo momento. Si tiene dependiente, también incluimos la tarjeta correspondiente.

Recuerde que puede encontrar todo lo que necesita saber acerca de su Bupa Essential Care en [www.bupalud.com](http://www.bupalud.com), incluyendo:

- Copia de su Solicitud de Seguro
- Condiciones Generales y Particulares
- Información de pago
- Acceso a información sobre sus reclamaciones

### **Cuando usted está despierto, nosotros también...velando por su bienestar**

Ya sea que esté en casa, en el extranjero o de viaje, estamos aquí para asegurarnos de que usted tenga el apoyo que necesita en el momento preciso. Puede contactarnos a cualquier hora del día o de la noche. Uno de nuestros asesores de servicio al cliente estará disponible para ayudarlo, ya sea para resolver una pregunta sencilla o para atender una emergencia.

Existen diferentes puntos de contacto, y para asegurarnos de que obtendrá la asistencia que requiere, hemos destacado los principales datos de contacto:

#### **¿Tiene una pregunta general?**

Contacte al equipo de servicio

Tel. (507) 321 6200, opción 1

#### **¿Necesita tratamiento?**

Podemos ayudarlo con información de hospitales, comprobar que su tratamiento está cubierto por su plan y coordinar el pago directo de su cuenta directamente cuando sea posible.

De 9:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes

Tel. (507) 321 6200

**¿Tiene una emergencia médica?**

Nuestro equipo está listo para atenderle las 24 horas del día, los 365 días del año.

En Panamá las 24 horas del día, los 365 días del año      Tel. (507) 321 6200

En los Estados Unidos      Tel. +1 (305) 275 1500

En los Estados Unidos, sin cobro      Tel. +1 (800) 726 1203

Fuera de los Estados Unidos

Encuentre el número en su tarjeta de seguro  
o en [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)

E-mail

[usamed@usamedicalservices.com](mailto:usamed@usamedicalservices.com)

**Reclamaciones**

Si tiene alguna pregunta sobre su reclamación, puede llamar a nuestro servicio de atención en los teléfonos antes mencionados. También puede obtener información sobre el proceso y descargar el formulario de reclamación en línea en nuestra página web [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

**A partir de hoy, su salud y bienestar es nuestra prioridad**

Una vez que el pago de su Bupa Essential Care ha sido confirmado, un miembro del equipo le llamará para asegurarse que ha recibido toda la información referente a su plan y responder sus preguntas. Por favor lea sus documentos y mantenga consigo su tarjeta de seguro.

Un cordial saludo,

Bupa Panamá, S. A.

Departamento de Servicio al Cliente

## Bupa Panamá, S.A.



### Certificado de Cobertura Bupa Essential Care

**Contratante** RAMESH GOBINDRAM  
**Dirección** CALLE 47E, BELLA VISTA, PANAMA  
BELLA VISTA 8-8-7  
**Número de Póliza** PAET3-24-765469-PAN  
**Vigencia** Desde las 12:00 a.m. del día 15/01/2024  
Hasta las 12:00 a.m. del día 15/01/2025

**Fecha Primera Emisión** 15/01/2024  
(Día/Mes/Año)

**Fecha de Efectividad** 15/01/2024  
(Día/Mes/Año)

Usted cuenta con treinta (30) días para revisar sus documentos de póliza y solicitar por escrito a la Aseguradora cualquier rectificación que considere necesaria si la información en dichos documentos no concuerda con su solicitud.

Nombre y Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)		Prima
Asegurado Titular	Ramesh Gobindram (24/12/1964)	\$ 3,379.00
Total Prima		\$ 3,379.00
Impuestos de Seguros (5%)		\$ 168.95
Gastos Administrativos		\$ 75.00
I.T.B.M.S. (7%)		\$ 5.25
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$ 3,628.20</b>

**Deducibles Contratados:** Dentro del país de residencia 1,000.00 por asegurado, por año póliza; Fuera del país de residencia 10,000.00 por asegurado, por año póliza.

- Los deducibles anuales aplican por separado al Asegurado Titular y a cada uno de sus dependientes.
- Todas las cantidades correspondientes al pago de deducible se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos (2) deducibles individuales por año póliza.
- Los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas del deducible. Una vez que la cantidad máxima correspondiente al deducible por póliza ha sido alcanzada, la Aseguradora 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 póliza, 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.
- En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. Es obligación del asegurado notificar el accidente a Bupa en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

**Coaseguro:** Todos los gastos efectuados fuera de Panamá estarán sujetos al 20% de coaseguro, con un tope de US\$5,000 (cinco mil dólares) por persona y US\$10,000 (diez mil dólares) por familia, por año póliza.

### **Suma Asegurada**

US\$1,000,000.00 por asegurado, siempre que la póliza se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones que se indican en las Condiciones Generales de la póliza de la cual formará parte este certificado de cobertura.

Con la recepción de este documento, el Asegurado Titular y/o Contratante está conforme en haber recibido las Condiciones Generales de la póliza arriba indicada, las cuales le son aplicables e integran el contrato de seguro.

Usted puede ver todos los documentos de su póliza, realizar pagos en línea, ver el estatus de sus reclamaciones y mucho más en [www.bupalud.com](http://www.bupalud.com).

### **Área de Cobertura**

Mundial, a través de la Red de Proveedores Preferidos, referirse a su tabla de beneficios.

### **Condiciones Pre-existentes**

Las restricciones que aplican a la cobertura de cualquier condición preexistente se detallan en el documento de Condiciones Particulares. Las condiciones preexistentes son condiciones médicas que pueden ser excluidas o cubiertas bajo condiciones especiales y específicas.

### **Advertencia**

Se le advierte al Asegurado Titular y/o Contratante que la prima de esta póliza sufrirá incrementos de importancia y magnitud cuando el asegurado llegue a edades avanzadas. Dichos aumentos serán realizados conforme a tramos de edades y serán previamente notificados.

### **Causales de Terminación**

**Cláusula 7.1: Cancelación de la Póliza:** Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del asegurado se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la Aseguradora, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles. Una vez transcurrido el período de suspensión y envío del Aviso de Cancelación, se entenderá que la póliza está cancelada de pleno derecho y la Aseguradora no tendrá obligación alguna con el asegurado a partir de este momento.

En caso de que la Aseguradora no haga la notificación del Aviso de Cancelación al asegurado de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Artículo 998 del Código de Comercio o las leyes que lo reformen o modifiquen.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la póliza, o el documento de Condiciones Particulares si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara la póliza cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido el Certificado de Cobertura y las Condiciones Particulares con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar cobertura.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o rescindir una póliza si las obligaciones de la Aseguradora y las de sus compañías afiliadas llegasen a violar alguna norma vigente en alguna de las jurisdicciones relevantes en las que se brinda cobertura, incluyendo pero sin limitar, las leyes vigentes en el Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes y/o tratados, y convenios internacionales, incluyendo pero sin limitación alguna, aquellos relacionados con la protección de derechos humanos, discriminación, derechos humanitarios, lucha contra el crimen organizado, la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, financiamiento del terrorismo, prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva y similares: o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la Aseguradora o a las de cualquiera de las entidades relacionadas a la Aseguradora. La Aseguradora generalmente informará al Contratante y/o Asegurado Titular cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la Aseguradora.

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 y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos 20 (veinte) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la póliza. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Cualquier cambio de dirección del Asegurado Titular y/o contratante deberá notificarlo a la Aseguradora; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en la Cláusula 13.2.

**Cláusula 7.1: No renovación de la Póliza:** La Aseguradora notificará al Contratante y/o Asegurado titular, o a su corredor de seguros, la decisión de la aseguradora de no renovar el contrato en los mismos términos y condiciones existentes a la fecha de renovación con treinta días de anticipación la fecha de renovación.

#### **Exclusiones y Limitaciones**

**Cláusula 2.1:** En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los tratamientos, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la Aseguradora como parte de su seguro de salud. Además de esto, el asegurado podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su seguro de salud, como lo explica su documento de Condiciones Particulares.

**Cláusula 2.2:** Cobertura para condiciones preexistentes: Cuando el asegurado presentó su solicitud de seguro de salud, se le pidió que suministrara toda la información acerca de cualquier lesión, enfermedad o dolencia por la cual el asegurado y/o su dependiente han recibido medicamentos, indicaciones médicas o tratamientos, así como síntomas que hayan experimentado antes solicitar el seguro con la Aseguradora. Esto es conocido como condiciones preexistentes.

**Cláusula 2.3:** El equipo médico de la Aseguradora ha analizado el historial médico del Asegurado Titular y sus dependientes para decidir los términos sobre los cuales se le ofrece este seguro de salud. Es posible que la Aseguradora haya ofrecido cobertura para condiciones preexistentes, posiblemente mediante una extra-prima, que haya decidido excluir condiciones preexistentes específicas, o que haya aplicado otras restricciones al seguro de salud. En el caso que la Aseguradora haya aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la póliza del asegurado, esto será descrito en el documento de Condiciones Particulares. Esto significa que la Aseguradora no cubrirá los costos de tratamiento para dichas condiciones preexistentes, los síntomas relacionados con ellas, o cualquier condición que sea resultado de o esté relacionada con dichas condiciones preexistentes. De igual modo, la Aseguradora no cubrirá ninguna condición preexistente que el asegurado no haya informado debidamente durante su solicitud.

**Cláusula 2.4:** Si la Aseguradora no ha incluido en el documento de Condiciones Particulares una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier condición preexistente que el asegurado haya declarado en su solicitud está cubierta bajo la póliza.

**Cláusula 2.5:** Exclusiones generales: Las exclusiones en esta sección corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente.

Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de Condiciones Particulares, la Aseguradora no proporciona cobertura o beneficios para ninguna de las exclusiones y limitaciones mencionadas en esta sección, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la Tabla de Beneficios, ni para las condiciones preexistentes que estén directamente relacionados con:

- Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones;
- Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos;
- Gastos que no sean medicamente necesarios;
- Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y
- Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y
- Los servicios y tratamientos que no se lleven a cabo dentro de la Red de Proveedores.

Los títulos incluidos a continuación no reconocen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción enunciada.

**Cláusula 2.6:** Actividades y deportes peligrosos: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier actividad o deporte peligroso ya sea por compensación o como profesional, excepto como se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Bupa Essential Care.

**Cláusula 2.7:** Admisión electiva: La admisión electiva en un hospital por más de 23 (veintitrés) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.

**Cláusula 2.8:** Alimentos, complementos y suplementos: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente.

**Cláusula 2.9:** Almacenamiento de tejidos: Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos



relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

**Nota:** La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

**Cláusula 2.10: Cirugía o tratamiento cosmético:** Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

**Cláusula 2.11: Cirugías y tratamientos para cambio de sexo:** Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

**Cláusula 2.12: Clínicas de hidroterapia, naturistas, etc.:** Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

**Cláusula 2.13: Conflicto y desastre:** Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:

- ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
- ha participado activamente, o
- ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

**Cláusula 2.14: Control de natalidad:** Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas de la asegurada con su doctor para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

**Cláusula 2.15: Depósitos/pagos por adelantado:** Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

**Cláusula 2.16: Desórdenes de la conducta o del desarrollo:** No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil.

**Cláusula 2.17: Desórdenes del sueño:** Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.

**Cláusula 2.18: Disfunciones sexuales y enfermedades de transmisión sexual:** Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades transmitidas sexualmente.

**Cláusula 2.19: Embarazos no cubiertos:** Todo tratamiento o servicio a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto y sus complicaciones para los planes que no cuenten con cobertura de maternidad, o no cubran el periodo de espera.

**Cláusula 2.20: Enfermedades epidémicas y pandémicas:** No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica.

**Cláusula 2.21: Equipo de riñón artificial:** Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.

**Cláusula 2.22: Exámenes de diagnóstico de rutina:** Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

**Cláusula 2.23: Exámenes y dispositivos visuales y auditivos:** Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto.

**Cláusula 2.24: Gastos de registro/administración:** Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que la Aseguradora, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).

**Cláusula 2.25: Gastos excesivos:** Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

**Cláusula 2.26: Gastos relacionados con tratamientos no cubiertos:** El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- (a) Que no sea médicamente necesario, o
- (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
- (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o
- (d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, , o
- (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo, pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.

**Cláusula 2.27: Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas:** Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

**Cláusula 2.28: Lesiones por riñas:** Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el Asegurado Titular o sus dependientes participen directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.

**Cláusula 2.29: Mantenimiento artificial de la vida:** Cuando el paciente sufre de una lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, la Aseguradora se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. La Aseguradora no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, la Aseguradora puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos tratamientos en una institución no hospitalaria o en el hogar del asegurado.

**Cláusula 2.30: Maternidad subrogada:** Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.

**Cláusula 2.31: Medicina alternativa:** Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.

**Cláusula 2.32: Medicamentos coloquialmente conocidos como chinos:** Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao;

hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antilope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

**Cláusula 2.33: Medicamentos sin receta:** Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

**Cláusula 2.34: Órganos mecánicos o animales:** Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o dolencias futuras.

**Cláusula 2.35: Podología:** Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

**Cláusula 2.36: Profesional o proveedor médico no reconocido o en instalaciones médicas no reconocidas:** Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.

**Cláusula 2.37: Pruebas genéticas:** Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.

**Cláusula 2.38: Servicio militar y/o policial:** Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

**Cláusula 2.39: Trastornos refractivos:** Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK).

**Cláusula 2.40: Tratamiento de fertilidad:** Tratamiento para asistir en la reproducción, como:

- fertilización in-vitro (IVF)
- transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
- transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- inseminación artificial (IA)
- tratamiento de medicamentos recetados
- traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
- gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen

**Cláusula 2.41: Tratamiento dental:** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto.

**Cláusula 2.42: Tratamiento experimental:** La Aseguradora no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La Aseguradora tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.

La Aseguradora no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

**Cláusula 2.43: Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico:** No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos o desórdenes mentales. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

**Cláusula 2.44: Tratamientos maxilares:** 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, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.

**Cláusula 2.45: Tratamientos para el crecimiento:** Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al tratamiento de una condición cubierta bajo la póliza.

**Cláusula 2.46: Tratamientos por obesidad:** Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el período de espera de 2 (dos) años y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.

**Cláusula 2.47:** La Aseguradora se abstendrá de realizar transacciones con personas naturales o jurídicas y/o con países con los cuales esté prohibido por las leyes de los Estados Unidos de Norte América. Para mayor información sobre esta restricción, favor contactar al siguiente correo electrónico: [bupalocal@bupalatinamerica.com](mailto:bupalocal@bupalatinamerica.com)

**Cláusula 2.48: Tratamientos realizados por familiares:** Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

**Cláusula 2.49: Viajes y traslados:** Cualquier gasto relacionado con viajes y traslados que no se encuentren expresamente cubiertos en la tabla de beneficios bajo el beneficio de viajes de traslado.

Panamá, República de Panamá, 25 de enero de 2024



Firma Persona Autorizada  
Bupa Panamá, S.A.

Firma del Contratante

**Código:** PTY-ESS2020 Bupa Essential Care

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución N° DRLA – 063 de 25 de octubre de 2021.



## BUPA PANAMÁ S.A.

### Tabla de Beneficios

### Bupa Essential Care

Los términos destacados en negrita en este documento corresponden a exclusiones, limitaciones y restricciones.

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

- El “límite máximo” o “agregado anual” – la máxima cantidad que la Aseguradora pagará en total por todos los beneficios, por cada Asegurado, por cada año póliza
- “De por vida” o “límite vitalicio” – la cantidad máxima del beneficio la Aseguradora pagará por cada asegurado durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sublímites”– la cantidad máxima que la Aseguradora pagará por ciertos beneficios específicos listados en la Tabla de Beneficios.

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada asegurado. Algunos límites aplican por año póliza, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que renueve su póliza de seguro. Otros límites y sublímites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la póliza.

La Tabla de Beneficios proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto en su póliza y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por asegurado, por año póliza.

#### Red de proveedores

Su póliza Bupa Essential Care proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la Red de Proveedores, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.

En Latinoamérica	Abierta
En los Estados Unidos de América	Red Proveedores Preferidos Essential
En el resto del mundo	Red Global Bupa

Todas las cantidades relativas a los beneficios cubiertos y deducibles se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a deducible. La Aseguradora pagará los gastos derivados de los beneficios cubiertos después de satisfecho el deducible anual correspondiente.

Todos los servicios, hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios fuera de Panamá están sujetos a un coaseguro del veinte por ciento (20%) después de satisfacer el deducible, este coaseguro aplica por año póliza, con un tope de US\$5,000 (cinco mil dólares) por asegurado y un máximo de US\$10,000 por familia. Una vez cubierto el coaseguro y deducible correspondiente, La Aseguradora cubrirá el cien por ciento (100%) de los gastos médicos cubiertos bajo la Póliza Bupa Essential Care, hasta el tope máximo correspondiente.

A los beneficios cubiertos pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar la Cláusula 2 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios descritos en la Tabla de Beneficios.

La Aseguradora sólo cubrirá como parte de los beneficios cubiertos aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration* de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Panamá o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el tratamiento médico.

Suma asegurada: Un millón de dólares (US\$1,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza.

Opciones de Deducible						
Plan	1	2	3	4	5	6
Dentro de Panamá	US\$500	US\$1,000	US\$1,000	US\$1,000	US\$10,000	US\$20,000
Fuera de Panamá sujetos a un 20% de Coaseguro	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000	US\$10,000	US\$20,000

## Hospitalización y Tratamiento en el Hospital

Cobertura  
(Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)

Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el <b>hospital</b>	
<p><b>Alojamiento en el hospital y alimentos</b> La Aseguradora pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del asegurado, siempre y cuando: exista una necesidad médica de permanecer en el hospital, el tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y la duración de su estadía sea médicamente justificada.</p> <p><b>La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una suite.</b></p> <p>Para pacientes internados por 5 noches o más, el asegurado o su médico deberán enviar a la Aseguradora un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha en la que se dará de alta.</p>	100% habitación privada
<p><b>Cama extra en el hospital para acompañante</b> La Aseguradora cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el asegurado esté recibiendo un tratamiento cubierto.</p>	100% para una persona
<p><b>Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos</b> La Aseguradora cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la sala de operaciones,</li> <li>• la sala de recuperación,</li> <li>• medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y</li> <li>• medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital.</li> </ul> <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	100%
<p><b>Cuidados intensivos</b> La Aseguradora cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.</p>	100%

<p><b>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico</b>  La Aseguradora pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza.</p> <p>Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento.</p> <p>Los honorarios del anestesiólogo se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o</li> <li>3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.</li> </ol> <p>Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.</p>	100%
<p><b>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</b>  La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	100%
<p><b>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</b>  La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta póliza.</p> <p><b>Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.16, 2.26 y 2.46.</p>	100%

<p><b>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</b>  La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida,</li> <li>• Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso,</li> <li>• Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y</li> <li>• Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento.</li> </ul> <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el contralor médico de la Aseguradora.</p> <p><b>Importante:</b> El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar la Cláusula 2.46.</p>	100%
<p><b>Cirugía preventiva</b>  La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora.</p> <p><b>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p>	100%
<p><b>Prótesis</b>  La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p> <p><b>La Aseguradora no pagará por cualquier reemplazo de prótesis para adultos, incluyendo cualquier reemplazo de prótesis requerido en relación con una enfermedad o dolencia preexistente. La Aseguradora pagará por la prótesis inicial y hasta por dos reemplazos de prótesis para niños menores de 18 años y en el caso de adultos, los dos reemplazos aquí señalados serán procedentes solo si la prótesis inicial fue cubierta por la Aseguradora.</b></p>	100%



<p><b>Implantes prostéticos y órtesis</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para reemplazar articulación o ligamento</li> <li>• para reemplazar válvula cardíaca</li> <li>• para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial</li> <li>• para reemplazar un músculo del esfínter</li> <li>• para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo</li> <li>• para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga</li> <li>• marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa)</li> <li>• para remover exceso de líquidos en el cerebro</li> <li>• implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de 5 años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer.</li> </ul> <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado</li> <li>• soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral.</li> <li>• fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello</li> </ul> <p><b>os implantes prostéticos y órtesis deben ser notificados a la Aseguradora previamente. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora.</b></p>	<p>100%</p>
<p><b>Cirugía reconstructiva</b></p> <p>Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p><b>ota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.10 y 2.26.</p>	<p>100%</p>

<b>Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios</b>	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)
<b>Exámenes especiales de diagnóstico</b> La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)</li> <li>• tomografía computarizada (TC)</li> <li>• tomografía por emisión de positrones (PET)</li> </ul> Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.	100%
<b>Condiciones congénitas</b> La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta <b>póliza</b> es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el <b>asegurado</b> cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra <b>póliza</b> o anexo adicional de la <b>Aseguradora</b>, después de satisfacer el <b>deducible</b> correspondiente.</li> <li>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el <b>asegurado</b> a los 18 años de edad o posteriormente.</li> </ul>	(a) US\$200,000.00 de por vida  (b) US\$500,000.00 de por vida
<b>Tratamiento contra el cáncer</b> 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, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.  <b>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b>  <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.42.  <b>La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</b>	100%

<p><b>Servicio de trasplantes</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• córnea</li> <li>• intestino delgado</li> <li>• riñón</li> <li>• riñón/páncreas</li> <li>• hígado</li> <li>• corazón</li> <li>• pulmón</li> <li>• corazón/pulmón</li> <li>• médula ósea (no relacionado con cáncer)</li> </ul> <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la recolección del órgano ya sea de un donante vivo o muerto,</li> <li>• los gastos por compatibilidad de tejidos</li> <li>• los gastos de hospital/operación del donante, y</li> <li>• cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.9 y 2.34.</p>	<p>US\$500,000 por diagnóstico, de por vida</p>
<p><b>Diálisis renal</b></p> <p>La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	<p>US\$250,000 de por vida</p>
<p><b>Tratamiento dental relacionado con accidentes</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</b></p> <p>Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur están cubiertos bajo esta póliza.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.6.</p>	<p>100%</p>

<b>Tratamiento Ambulatorio</b>	Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)
<b>Cirugía ambulatoria</b> La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.	100%
<b>Consultas psicológicas y/o psiquiátricas</b> La Aseguradora cubrirá 15 visitas al especialista para consultas psicológicas y/o psiquiátricas, siempre y cuando no dependan de una condición primaria.	<b>US\$500 al año</b>
<b>Exámenes especiales de diagnóstico</b> La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología</li> <li>• Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG)</li> </ul> <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.	100%
<b>Honorarios médicos</b> La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proponer un tratamiento</li> <li>• Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente</li> <li>• Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios</li> <li>• Prescribir medicamentos</li> <li>• Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados</li> </ul> <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.14, 2.18 y 2.40.	100%
<b>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</b> La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia	US\$ 4,000
<b>Equipo médico durable</b> La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes siempre y cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por un médico</li> <li>• cumpla con la definición de equipo médico durable</li> <li>• sea notificado a la Aseguradora previamente</li> </ul> <b>Si no se notifica previamente, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.</b>	US\$ 10,000

<b>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</b> La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y <b>tratamiento</b> de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del <b>asegurado</b> .	100%, máximo 15 visitas
--	-------------------------

<b>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE.UU. (dentro de la red de proveedores preferidos Essential)</b> La Aseguradora pagará los gastos del tratamiento efectúen en los 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. • Sujeto a un copago del US\$ 50 • No sujeto a deducible	100%
--	------

<b>Embarazo/parto</b> <b>En Panamá:</b> planes 1,2,3, y 4 <b>Fuera de Panamá:</b> solo Plan 1, aplica 20% de coaseguro	Cobertura
<b>Embarazo/parto – (período de espera de 10 meses):</b> La Aseguradora pagará solamente a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del embarazo, del parto y del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio al concluir el período de espera.  <b>Esta cobertura no aplica para ninguna otra asegurada dependiente. Para disfrutar de este beneficio, la asegurada dependiente que no sea cónyuge o pareja dependiente deberá optar por una póliza independiente donde sea la Asegurada Titular de forma previa al nacimiento de su hijo y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha del inicio de vigencia para la respectiva asegurada.</b>  <b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.9, 2.14, 2.30 y 2.40.	

<b>Parto normal en el hospital o clínica – En Panamá planes 1,2,3, y 4. Fuera de Panamá Solo Plan 1 (período de espera de 10 meses)</b> La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente No aplica deducible. El tratamiento de maternidad y parto incluye: • cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva, • cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas. • examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre) • hasta 7 días de cuidado rutinario para el recién nacido	US\$ 4,000
--	------------

<b>Cesárea electiva o médicamente necesaria – (período de espera de 10 meses)</b> La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular o cónyuge o pareja dependiente por gastos de hospital, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica deducible.	US\$ 4,000
---	------------

<b>Tratamiento pre y post natal – Aplica solo para los planes con cobertura de Maternidad (período de espera de 10 meses)</b> Una vez transcurridos los 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo la póliza, la Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente por los cuidados de maternidad y tratamiento antes y después del parto.	Cubierto bajo el beneficio de embarazo/parto
---	--

<p>Complicaciones del embarazo y parto – Aplica solo para planes con cobertura de Maternidad (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o pareja dependiente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto. No aplica deducible.</p> <p>Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido.</p> <p><b>Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la Aseguradora. La asegurada deberá contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa si es posible. Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, la asegurada deberá comunicarse con la Aseguradora dentro de las 48 horas después de haber sido hospitalizada.</b></p>	<p>US\$ 250,000 de por vida</p>
--	---------------------------------

### Viajes de traslado

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del asegurado al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos y evacuaciones:

- el asegurado debe contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa antes de su traslado,
- el tratamiento debe ser recomendado por el especialista o médico tratante del asegurado,
- el tratamiento no debe estar disponible en un lugar cercano,
- el tratamiento debe estar cubierto bajo esta póliza,
- la Aseguradora coordinará el traslado con el asegurado, y
- el beneficio aplica para tratamiento en hospital, tanto como paciente ambulatorio u hospitalizado. La evacuación exclusivamente (no la repatriación) podrá ser autorizada si el asegurado necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La Aseguradora no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el asegurado. En algunos países, la Aseguradora podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la Aseguradora siempre estará con el asegurado para apoyarle.

### Exclusiones y restricciones:

- **La Aseguradora no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.**
- **La Aseguradora no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la Aseguradora, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación médica no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la Aseguradora.**
- **La Aseguradora no podrá coordinar una evacuación médica cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la Aseguradora o de nuestros socios proveedores de servicios.**
- **La Aseguradora no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la Aseguradora.**
- **La Aseguradora solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la Aseguradora. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta póliza pero que no sean coordinados por la Aseguradora serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la Aseguradora habría pagado si la Aseguradora hubiera coordinado el traslado.**

### Exclusiones y restricciones:

Consultar las Cláusulas 2.49.

<p><b>Evacuación médica</b>  Evacuación médica hospitalaria: La Aseguradora cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el asegurado se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.</p> <p>Deberá obtenerse autorización previa de la Aseguradora, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o</li> <li>• El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.</li> </ul> <p><b>La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.49.</p>	<p>US\$ 60,000</p>
<p><b>Ambulancia aérea local</b>  <b>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o</li> <li>• para el traslado de un hospital a otro</li> </ul> <p><b>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria,</li> <li>• utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y</li> <li>• relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital</li> </ul> <p><b>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.49.</p>	<p>100%</p>
<p><b>Ambulancia terrestre local</b>  La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado: de la ubicación de un accidente al hospital, para el traslado de un hospital a otro, o de su casa al hospital</p> <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• médicamente necesaria, y</li> <li>• relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital</li> </ul> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b>  Consultar las Cláusulas 2.49.</p>	<p>100%</p>



<p><b>Repatriación de restos mortales</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado en clase económica (carga) del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y</li> <li>• sujeto a los requerimientos, servicios, suministros y restricciones de la aerolínea, necesarios para preparar y transportar el cuerpo.</li> </ul> <p>La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p><b>La Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.</b></p> <p><b>Los trámites deben ser aprobados y coordinados conjuntamente con USA Medical Services.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar las Cláusulas 2.49.</p>	<p>US\$ 5,000</p>
<p><b>Tratamiento Preventivo</b></p> <p>Examen de salud general (chequeo médico preventivo) US\$150</p> <p>La Aseguradora pagará por <b>un (1) examen de salud general</b> (chequeo médico preventivo) una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. <b>No aplica deducible.</b></p> <p>El <b>examen de salud general</b> (chequeo médico preventivo) normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, tele de tórax, espirometría, electrocardiograma, y/o evaluación de riesgo cardíaco. Además, podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	<p>US\$ 150</p>
<p><b>Rehabilitación y Cuidados Paliativos</b></p>	<p>Cobertura (Aplica 20% de coaseguro para servicios fuera de Panamá)</p>
<p><b>Enfermería en casa</b></p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sea prescrito por el médico del asegurado,</li> <li>• comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital,</li> <li>• reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital,</li> <li>• sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y</li> <li>• sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidado asistencial).</li> </ul> <p><b>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</b></p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.26.</p>	<p>US\$ 200 por día hasta un máximo de 30 días</p>

<p><b>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</b></p> <p>Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la Aseguradora pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si el asegurado ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alojamiento en centro para pacientes terminales</li> <li>• cuidados de enfermero(a) profesional calificado</li> <li>• medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal</li> <li>• cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales</li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</b></p> <p>La Aseguradora pagará por la rehabilitación multidisciplinaria como tratamiento ambulatorio o durante hospitalización, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación multidisciplinaria cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea considerada médicamente necesaria como resultado de un tratamiento hospitalario o ambulatorio cubierto bajo la póliza para tratar dicha condición, después de revisar la información médica correspondiente, e</li> <li>• Inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</p> <p><b>Exclusiones y restricciones:</b> Consultar la Cláusula 2.26.</p>	<p>US\$ 100 por día hasta un máximo de 30 días (admitido o ambulatorio)</p>

**Beneficios Adicionales****Cobertura****Incorporación del recién nacido en la póliza**

Para que el recién nacido de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta póliza sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el Asegurado Titular y/o contratante deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro de salud para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La incorporación del recién nacido en la póliza queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por complicaciones del recién nacido durante el parto está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de "complicaciones del embarazo y parto".

Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la póliza cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una solicitud de seguro de salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Aseguradora. Sin embargo, si alguno de los padres del recién nacido tiene por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua en esta póliza, el recién nacido podrá ser dado de alta en la misma póliza sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto, excepto cuando el recién nacido es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

**Beneficio de segunda opinión quirúrgica**

Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el asegurado tendrá la opción de solicitar una segunda opinión quirúrgica si así lo desea. Dicha segunda opinión quirúrgica debe ser realizada por un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado de común acuerdo entre el asegurado y la Aseguradora.

**Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular**

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

**ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.**

Código: PTY-ESS2023 Bupa Essential Care

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución N° DRLA – 027 de 05 julio de 2023.

**Condiciones Particulares  
Bupa Essential Care****R.U.C. 2506296-1-819700 DV 19**

P.H. Prime Time, Piso 25

Oficina 25B

Costa del Este, Ave. La Rotonda

Panamá, República de Panamá

Tel (507) 321 6200

www.bupalud.com

<b>Factura No.</b>	I0031432
<b>Fecha de la Factura</b>	25 de enero de 2024
<b>Número de Póliza</b>	PAET3-24-765469-PAN
<b>Contratante</b>	RAMESH GOBINDRAM, Documento de Identificación #E-8-61692
<b>Asegurado Titular</b>	RAMESH GOBINDRAM, Documento de Identificación #E-8-61692
<b>Vigencia</b>	Desde las 12:00 a.m. del día 15/01/2024 Hasta las 12:00 a.m. del día 15/01/2025
<b>Dirección de Cobro</b>	CALLE 47E, BELLA VISTA, PANAMA BELLA VISTA 8-8-7
<b>Teléfono</b>	507446-6156, 50766128138
<b>Corredor de Seguros</b>	SOMOS ASESORES DE SEGUROS, S.A, Licencia: PJ836
<b>Cobertura</b>	PAET3
<b>Modalidad de Pago</b>	Anual
<b>Prima Anual</b>	US\$ 3,379.00

<b>Nombre y Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)</b>	<b>Prima</b>
Asegurado Titular Ramesh Gobindram (24/12/1964)	\$ 3,379.00
Total Prima	\$ 3,379.00
Impuestos de Seguros (5%)	\$ 168.95
Gastos Administrativos	\$ 75.00
I.T.B.M.S. (7%)	\$ 5.25
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 3,628.20</b>

**Deducibles Contratados:** Dentro del país de residencia 1,000.00 por asegurado, por año póliza; Fuera del país de residencia 10,000.00 por asegurado, por año póliza.

- Los deducibles anuales aplican por separado al Asegurado Titular y a cada uno de sus dependientes.
- Todas las cantidades correspondientes al pago de deducible se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos (2) deducibles individuales por año póliza.
- Los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas del deducible. Una vez que la cantidad máxima correspondiente al deducible por póliza ha sido alcanzada, la Aseguradora 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 póliza, 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.

- En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente. Si el accidente ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el deducible se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados del padecimiento relacionado con el accidente. Es obligación del asegurado notificar el accidente a Bupa en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

**Coaseguro:** Todos los gastos efectuados fuera de Panamá estarán sujetos al 20% de coaseguro, con un tope de US\$5,000 (cinco mil dólares) por persona y US\$10,000 (diez mil dólares) por familia, por año póliza.

**Suma Asegurada:** US\$1,000,000.00 por asegurado

**Área de Cobertura:** Mundial a través de la Red de Proveedores Preferidos, referirse a la tabla de beneficios de Bupa Essential Care.

Este documento se adhiere y forma parte integrante de la póliza arriba mencionada desde la fecha de su emisión, haciendo constar lo siguiente: Que con base a las declaraciones contenidas en la solicitud del seguro, la Aseguradora emite este documento de Condiciones Particulares para establecer ciertas condiciones a los padecimientos preexistentes declarados por el Asegurado Titular, siendo concretamente los siguientes:

Asegurado Principal: RAMESH GOBINDRAM  
Fecha Efectiva (Día/Mes/Año): 15/01/2024  
NEOPLASMAS MALIGNOS Y SUS METASTASIS.  
Origen, Tratamiento, Complicaciones y Secuelas.  
Excluido

#### Declaración Acerca de la Emisión de Pólizas

La emisión de esta póliza y todos los beneficios ofrecidos por la misma se consideran condicionales en base a la exactitud de la información que usted nos ha proporcionado en su solicitud de seguro de salud (tanto para solicitudes en línea o impresas), así como la que haya proporcionado en respuesta a cualquier solicitud de información adicional por la compañía. Para que su póliza permanezca activa, es necesario que la solicitud de seguro de salud original firmada sea recibida en nuestras oficinas dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la solicitud. De no ser así, o si se determinara que la solicitud de seguro de salud original firmada contiene información que discrepa de las declaraciones o información anteriormente proporcionadas a la compañía, la póliza podría ser considerada cancelada o nula, y toda cobertura bajo la misma.

**IMPORTANTE:** Todo padecimiento preexistente no declarado no tendrá nunca cobertura bajo la póliza arriba mencionada, y la Aseguradora se reserva el derecho de excluir los mismos al tomar conocimiento de ellos con fecha posterior a la emisión de esta póliza o endoso, o en su caso rescindir de pleno derecho la póliza arriba mencionada.

#### Causales de Terminación

**Cláusula 7.1: Cancelación o no Renovación de la Póliza:** Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del asegurado se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la Aseguradora, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles. Una vez transcurrido el período de suspensión y envío del Aviso de Cancelación, se entenderá que la póliza está cancelada de pleno derecho y la Aseguradora no tendrá obligación alguna con el asegurado a partir de este momento.

En caso de que la Aseguradora no haga la notificación del Aviso de Cancelación al asegurado de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Artículo 998 del Código de Comercio o las leyes que lo reformen o modifiquen.

La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la póliza, o el documento de Condiciones Particulares si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara la póliza cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido el

**Certificado de Cobertura y las Condiciones Particulares con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar cobertura.**

**La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o rescindir una póliza si las obligaciones de la Aseguradora y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la Aseguradora o cualquier de las entidades relacionadas a la Aseguradora.**

**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 y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos 20 (veinte) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la póliza. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.**

**Cualquier cambio de dirección del Asegurado Titular y/o contratante deberá notificarlo a la Aseguradora; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en la Cláusula 13.2.**

Los términos y condiciones establecidos en este documento de Condiciones Particulares tienen prelación sobre los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales del seguro del cual forman parte.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

Queda entendido que el Contratante y Bupa Panamá, S.A. han leído y convenido las condiciones generales, particulares y anexos que forman parte de esta póliza, en fe de la cual firman en Panamá, República de Panamá, República de Panamá, el día 25 de enero de 2024.



Firma Persona Autorizada  
Bupa Panamá, S.A.

Firma del Contratante

**Datos de contacto** Bupa Panamá, S.A.  
Tel (507) 321 6200

**Datos de contacto Superintendencia de Seguros y Reaseguros**  
Tel 560-0511/12/13/14/15  
info@superseguros.gob.pa

**Código:** PTY-ESS2020 Bupa Essential Care

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número DRLA – 063 de 25 de octubre de 2021.

SIN VALIDEZ FISCAL



## Siempre Contigo

25 de enero de 2024

Referencia: Póliza No. PAET3-24-765469-PAN

Estimado(a) asegurado(a),

RAMESH GOBINDRAM

Bupa Panamá, S.A.  
P.H. Prime Time, Piso 25  
Oficina 25B  
Costa del Este, Ave. La Rotonda  
Panamá, República de Panamá

Tel (507) 321 6200  
[www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)

Agradecemos tu preferencia y la oportunidad que nos brindas para continuar asegurando tu salud y el bienestar de tu familia. Estamos haciendo nuestra parte para detener la propagación de este virus y proteger a nuestros clientes y empleados.

Mediante esta carta, Bupa Global Latinoamérica desea confirmarte, que a pesar de la exclusión de pandemia que figura en nuestras pólizas de seguro, cubriremos los costos de atención médica, tanto tuyo como de tus dependientes, asociados a un diagnóstico positivo de COVID-19 y su tratamiento. Además, te informamos que, si las regulaciones locales lo permiten, tu aseguradora Bupa cubrirá los costos de la vacuna COVID-19 y su aplicación a todos sus clientes, incluso si sus planes no ofrecen cobertura o beneficios para la vacuna.

Si tú o un miembro de tu familia presenta algún síntoma de gripe (fiebre, tos, resfriado, diarrea o dificultad respiratoria), recuerda que tu primer punto de contacto debe ser tu médico y las autoridades locales, quienes están en capacidad de proporcionar los siguientes pasos y protocolos necesarios. Si eres diagnosticado con COVID-19, por favor notifícanos lo antes posible.

Por favor, continúa cuidándote,

Jose Luis Buil  
Bupa Global Latinoamérica

A menos que se indique lo contrario, la cobertura para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de la póliza.

La cobertura del COVID-19 para el producto Bupa Critical Care, será amparada como enfermedad crítica, a partir de su ingreso hospitalario, bajo la cobertura o beneficio de Septicemia y hasta su límite indicado en la Tabla de Beneficios.

Bupa seguirá monitoreando de cerca las circunstancias que rodean a COVID-19 y podrá alterar esta posición en vista del desarrollo de los acontecimientos, en cuyo caso se le informará por medios digitales.



# FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN



## ASEGURADO TITULAR

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)

En virtud de lo establecido en el Acuerdo No. 3-2022 de la SSRP, la actualización de información es un requerimiento obligatorio. Sírvase por favor llenar el presente documento y hacerlo llegar a Bupa Panamá a través de su corredor de seguros. El incumplimiento de esta disposición podrá resultar en la cancelación unilateral de su póliza por parte de la aseguradora, según lo establecido en el Artículo No. 36 de la Ley 23 de 2015.

### INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre completo			
Apellidos			
Correo electrónico		Número de póliza	
Según su contrato de póliza, ¿continúan los mismos dependientes asegurados bajo esta póliza?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es negativa, por favor especifique			
¿Ha cambiado de dirección de residencia en los últimos 12 meses?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione su nueva dirección			
¿Ha cambiado de teléfono de residencia/celular en los últimos 12 meses?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información actualizada			
¿Su actividad económica y/o nivel de ingresos han tenido algún cambio en los últimos 12 meses?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es afirmativa, por favor por favor proporcione la información actualizada			
Actividad económica o giro del negocio			
Ingresos anuales			
¿Ha cambiado de trabajo o profesión en los últimos 12 meses?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es afirmativa, por favor indique su nueva posición, nombre de la empresa, dirección y teléfono			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP), familiar cercano o estrecho colaborador de una PEP?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione la información sobre nombre del cargo, fecha de nombramiento o relación con la PEP.			
Firma del asegurado titular		Fecha	DD/MM/AAAA

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

**Bupa Panamá, S.A.**

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com) • [panama@bupalatinamerica.com](mailto:panama@bupalatinamerica.com)

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

PAN-AIPN-V23.01

PAN-COV-2023-S

RAMESH GOBINDRAM  
PAET3-24-765469-PAN



Fecha Efectiva: 01/15/2024

### Bupa Global

#### Notificaciones y emergencias • Notifications and emergencies

Tel: (507) 321-6200  
Tel U.S.A.: +1 (305) 275-1500  
Usamed@bupalatinamerica.com

#### Servicio al cliente • Customer service

Tel: (507) 321-6200  
Tel. U.S.A.: +1 (305) 398-8266  
www.Bupalud.com/MiBupa/Consulta

#### Dirección de correo • Mailing address

Bupa Panamá, S. A.  
P.H. Prime Time, Piso 25, Of. 25B, Costa del Este  
Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá

[www.bupalud.com.pa](http://www.bupalud.com.pa)

Esta tarjeta es para identificación solamente. Los beneficios están sujetos a los términos de la póliza y los beneficios o restricciones adicionales estipulados en su póliza.

This card is for identification only. Coverage is subject to the terms of the policy and any additional benefits or restrictions stated in your policy.

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

SIN VALIDEZ FISICA