

ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Edif. Bahia Pacifica, Calle Punta Colon Apto 26, Barriada de Punta Pacifica
Panama,
Panama
BGEP3-16-368241-PAN



WELCOME
BIENVENIDOS
欢迎



3 de enero de 2024

ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Edif. Bahía Pacífica, Calle Punta Colon Apto 26, Barriada de Punta
Pacífica
Panamá,
Panamá

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

Estimado(a) Sr(a). PAREDES HENRIQUEZ:

Gracias por confiar nuevamente en Bupa Panamá, S.A. el cuidado de su salud y la de su familia

Adjunto encontrará los documentos de renovación de su póliza, los cuales también están disponibles en nuestro portal Mi Bupa en www.bupasalud.com. Le recomendamos leerlos atentamente para conocer sus beneficios.

En Bupa, tenemos la ambición de convertirnos en la compañía de salud más centrada en el cliente del mundo. Escuchando a nuestros clientes hemos implementado más de 300 iniciativas en el último año, enfocadas en simplificar procesos y hacer su experiencia con nosotros más satisfactoria.

Nuestro compromiso es ofrecerle el mejor servicio, por lo que aprovechamos la oportunidad para recordarle sobre los beneficios adicionales que tiene al permanecer con Bupa Panamá, S.A.:

- Realice sus trámites de **pre-autorizaciones, notificaciones, solicitudes de reembolso y pagos** de manera ágil y sencilla en nuestro portal Mi Bupa. Si aún no se ha registrado, ingrese a **MI BUPA** en www.bupasalud.com y busque la sección "Regístrate como asegurado" y siga los pasos de registro para que tenga acceso a nuestros servicios en línea. También puede descargar el App MiBupa Latinoamérica disponible para IOS y Android.
- Cuenta con el servicio de **Expert Opinion** mediante el cual puede acceder a los mejores médicos internacionales e independientes, quienes revisarán su caso, confirmarán o modificarán el diagnóstico y recomendarán los mejores pasos a tomar para el tratamiento, ofreciéndole una segunda opinión médica. Conozca más ingresando a <https://www.bupasalud.com/segunda-opinion-medica>.
- **Blua** es nuestro complemento digital que incorpora la más alta innovación para ayudarle en el cuidado de su salud y la de los suyos. Sin costo adicional, coaseguro o deducible. Conozca más sobre Blua (antes Virtual Care) <https://www.bupasalud.com/virtual-care>.
- Si cuenta con cobertura mundial, tiene acceso a la prestigiosa red de hospitales propios de **Sanitas en España**, donde figuran instituciones como el Hospital Universitario Sanitas la Zarzuela, situado en Madrid o el Hospital Sanitas CIMA, ubicado en Barcelona; ambos son referentes de la excelencia médica europea, con un personal altamente capacitado y una infraestructura de última generación. Conoce más sobre Sanitas Hospitales: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/medicosycentros/hospitales_sanitas/index.html

Mantener su información actualizada es esencial para garantizar un servicio óptimo. Si sus datos de contacto o alguna otra información personal ha cambiado, le agradecemos actualizarlos a través de Mi Bupa. Si tiene alguna pregunta adicional sobre la cobertura, puede comunicarse con su agente, directamente con nosotros a través de la sección "Consultas" en MiBupa, o con nuestro Equipo de Renovaciones al teléfono Tel (507) 321 6200.

Atentamente,
Departamento de Renovaciones
Bupa Panamá, S.A.



Cambios en su póliza

Esta información es referencial e informativa, por favor refiérase a los documentos de su póliza para conocer el detalle.

Global Health Plan Premier – Suma Asegurada

Incrementamos el monto máximo de la Suma Asegurada anual a US\$6,500,000

Global Health Plan Select– Suma Asegurada

Incrementamos el monto máximo de la Suma Asegurada anual a US\$3,500,000

Producto Essential– Consultas psiquiátricas y psicológicas

Incluimos la cobertura de consultas psiquiátricas y psicológicas (que no dependan de una condición primaria): hasta 15 consultas máximo por año, hasta un máximo total anual US\$500 (por todos los gastos).

Producto Essential- Chequeo médico de rutina

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Examen de salud general (chequeo médico preventivo) cubierto hasta US\$150 al año

La Aseguradora pagará por un (1) examen de salud general (chequeo médico preventivo) una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deducible.

Clarificamos el tiempo máximo en la que un asegurado pueden presentar información luego de que la Aseguradora haya cerrado un reclamo.

PRUEBA DE RECLAMACIÓN

En caso de 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, el asegurado tendrá hasta un (1) año a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

Creamos la figura de “Adulto Dependiente” con el propósito de mantener en la póliza de sus padres a aquellos dependientes asegurados mayores de 24 años, nacidos en la póliza, que no cuentan con personalidad jurídica.

DEFINICIÓN

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.

ELEGIBILIDAD

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.

[Incluimos la definición de tratamiento en Centros de Urgencias y Clínicas de Conveniencia \(Urgent Care\) en los Estados Unidos de América.](#)

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.

[Mejoramos la definición de Accidente](#)

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y/o violenta que pueda ser determinada de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.



3 de enero de 2024

ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Edif. Bahia Pacifica, Calle Punta Colon Apto 26, Barriada de Punta Pacifica
Panama,
Panama
BGEP3-16-368241-PAN

Estimado(a) Sr(a). PAREDES HENRIQUEZ:

Adjunto se servirá encontrar el recibo de pago de primas correspondiente al pago de su Póliza No. BGEP3-16-368241-PAN que tiene contratada con nuestra Aseguradora, cuyo pago debe ser efectuado en la fecha de vencimiento indicada abajo. La renovación se efectúa de acuerdo con las condiciones generales, tarifas vigentes y la forma de pago que usted eligió, como se detalla a continuación. Para efectuar su pago en línea, visite Mi Bupa en www.bupasalud.com.

Nombre y Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)		Prima
Asegurado Titular	Alberto Jose Paredes Henriquez (23/09/1978)	\$ 700.42
Cónyuge	Maria Pia Zubieta Franco (10/06/1980)	\$ 669.92
Total Prima		\$ 1,370.34
Impuestos de Seguros (5%)		\$ 68.52
Gastos Administrativos		\$ 75.00
Otros Cargos		
Recargo Pago Fraccionado		\$ 164.44
I.T.B.M.S. (7%)		\$ 16.76
Total a Pagar		\$ 1,695.06

Pago con Tarjeta de Crédito

Póliza No.: BGEP3-16-368241-PAN Fecha de vencimiento: 15/03/2024
Cantidad a pagar: \$ 1695.06 Forma de pago: Mensual
Nombre: ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Agente: SEGUROS MALEK, S.A.

Nombre del portador de la tarjeta: _____

No. de tarjeta de crédito: _____

Fecha de expiración: _____ / _____

Autorizo a Bupa Panamá, S.A. a cargar mi tarjeta de crédito:

☐ Solamente este pago ☐ Todos los pagos futuros

Pago con Cheque

No. de cuenta de cheques: _____ Banco: _____

Firma: _____

Autorizo a Bupa Panamá, S.A. a cargar mi cuenta de cheques:

☐ Solamente este pago ☐ Todos los pagos futuros

Con la firma en este documento, autorizo a Bupa Panamá, S.A. a debitar directamente la tarjeta de crédito o cuenta de cheques identificada arriba para el pago de las primas de seguro a Bupa Panamá, S.A. Entiendo que una copia de este acuerdo será enviada a mi banco y con mi firma en este acuerdo, le requiero y autorizo que permitan a Bupa Panamá, S.A., debitar directamente de mi tarjeta de crédito o cuenta de cheques los pagos de las primas de mi póliza de seguro hasta que yo indique otra cosa por escrito. Yo reconozco que en el caso que el débito directo de las primas de mi póliza de seguro sea rechazado o declinado por alguna razón, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro. Reconozco además que la falta al pago de las primas de mi póliza dentro del plazo establecido en las condiciones generales de la póliza pudiera resultar en la terminación y/o cancelación de mi póliza de seguro.

Entiendo que el pago de la prima de mi seguro de salud equivale al recibo y aceptación de mi póliza, y me comprometo a cumplir con los términos y condiciones de la póliza, incluyendo cualquier cambio y modificación, los cuales están disponibles en la página web: www.bupasalud.com.

Firma del Asegurado Titular

Bupa Panamá, S.A.
Certificado de Cobertura
Bupa Global Elite Health Plan



Contratante ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Dirección Edif. Bahia Pacifica, Calle Punta Colon Apto 26, Barriada de Punta Pacifica
Panama
Número de Póliza BGEP3-16-368241-PAN
Vigencia Desde las 12:00 a.m. del día 15/03/2024
Hasta las 12:00 a.m. del día 15/03/2025
Fecha Primera Emisión 15/03/2016
(Día/Mes/Año)
Fecha de Efectividad 15/03/2024
(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	Alberto Jose Paredes Henriquez (23/09/1978)	\$ 700.42
Cónyuge	Maria Pia Zubieta Franco (10/06/1980)	\$ 669.92
Total Prima		\$ 1,370.34
Impuestos de Seguros (5%)		\$ 68.52
Gastos Administrativos		\$ 75.00
Otros Cargos		
Recargo Pago Fraccionado		\$ 164.44
I.T.B.M.S. (7%)		\$ 16.76
Total a Pagar		\$ 1,695.06
MARIA PIA ZUBIETA FRANCO (10/06/1980)		
TIFFANY MARIE PAREDES ZUBIETA (05/04/2014)		
ALBERTO JOSE PAREDES ZUBIETA (28/10/2015)		

Deducible Contratado: US\$3,500.00 por asegurado

- El deducible anual aplica 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.
- Todos 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.

Suma Asegurada

US\$7,000,000.00 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 status de sus reclamaciones y mucho más en www.bupasalud.com.

Área de Cobertura

Mundial

Condiciones Pre-existentes

Las restricciones que aplican a la cobertura de cualquier condición pre-existente se detallan en el documento de Condiciones Particulares. Las condiciones pre-existentes 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 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.

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 sus dependientes 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 adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y
- Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos.

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

Cláusula 2.6: 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 2.7: 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, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

Cláusula 2.8: 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 2.9: 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 2.10: 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 2.11: 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 2.12: Conflicto y desastre: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desórdenes 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 2.13: 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 2.14: Depósitos/pagos por adelantado: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

Cláusula 2.15: 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. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

Cláusula 2.16: Desórdenes del sueño: Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.

Cláusula 2.17: 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 2.18: Embarazos no cubiertos: Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la Tabla de Beneficios.

Cláusula 2.19: 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 2.20: Equipo de riñón artificial: Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.

Cláusula 2.21: Exámenes de diagnóstico para trabajo o viajes: 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 2.22: 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 2.23: 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 2.24: 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, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios, 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 2.25: 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 2.26: 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 2.27: Mantenimiento artificial de vida: La Aseguradora no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud.

La Aseguradora se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.

Cláusula 2.28: 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 2.29: 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 antílope; 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 2.30: Medicamentos sin receta: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

Cláusula 2.31: 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 2.32: Podología: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

Cláusula 2.33: 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 2.34: 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 2.35: 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 2.36: Trastornos refractivos: Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoreactiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios.

Cláusula 2.37: 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 2.38: Tratamiento en instituciones públicas: Tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el asegurado es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.

Cláusula 2.39: 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 2.40: Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

Cláusula 2.41: 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 2.42: 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 2.43: 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 2.44: Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx.

Cláusula 2.45: Tratamientos realizados por familiares: Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

Panamá, República de Panamá, 3 de enero de 2024



Firma Persona Autorizada
Bupa Panamá, S.A.

Firma del Contratante

Código: PTY-EL15 Bupa Global Health Plan

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 DRL-063 de 25 de octubre de 2021.

BUPA PANAMÁ S.A.

Tabla de Beneficios Global Elite Health Plan



Los términos destacados en **negrita** en este documento corresponden a términos definidos en el Glosario, así como a exclusiones, limitaciones y restricciones.

Límites de los beneficios: hay 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

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

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

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.

La **Aseguradora** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** anual correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Aseguradora** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicársele exclusiones o restricciones particulares y generales. Favor de consultar 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: Siete millones de dólares (US\$7,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

Opciones de **deducible**:

Plan 1 Mil dólares (US\$1,000)

Plan 2 Dos mil dólares (US\$2,000)

Plan 3 Tres mil quinientos dólares (US\$3,500)

Plan 4 Cinco mil dólares (US\$5,000)

Plan 5 Diez mil dólares (US\$10,000)

Hospitalización y Tratamiento en el Hospital	Cobertura
<p>Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el hospital</p> <p>Alojamiento en el hospital y alimentos</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> la duración de su estadía sea médicamente justificada. <p>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.</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> <p>La Aseguradora pagará hasta veinte dólares (US\$20) por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p>	100% habitación privada
<p>Gastos de alojamiento para acompañantes en caso de hospitalización</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos generados por habitación y alimentos diarios para hasta tres acompañantes en el hospital donde se encuentra el asegurado o en un hotel o alojamiento similar cercano, incluyendo el costo de transporte entre el hotel o alojamiento similar y el hospital, cuando el asegurado se encuentre hospitalizado recibiendo tratamiento cubierto por más de 5 noches.</p>	US\$8,000por año póliza a partir del quinto día
<p>Cama extra en el hospital para acompañante</p> <p>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>Derecho a pabellón, insumos, materiales clínicos y medicamentos</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> la sala de operaciones, la sala de recuperación, medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital. <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	100%
<p>Cuidados intensivos</p> <p>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>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico 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"> 1. El 30% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 30% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. <p>Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El 20% de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o 2. El 20% de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o 3. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado. <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>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico 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>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	100%
<p>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas 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>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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.26 y 2.47.</p>	100%

<p>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</p> <p>La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 40 o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, • Tiene un IMC entre 35 y 40 y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, • Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses, y • Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el contralor médico de la Aseguradora.</p> <p>Importante: 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>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.47.</p>	100%
<p>Cirugía preventiva</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora.</p> <p>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>	100%
<p>Prótesis</p> <p>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>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.</p>	100%

<p>Implantes prostéticos y órtesis</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"> • para reemplazar articulación o ligamento • para reemplazar válvula cardíaca • para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • para reemplazar un músculo del esfínter • para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardíaco interno está sujeta a autorización previa) • para remover exceso de líquidos en el cerebro • 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. <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello <p>s 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.</p>	100%
<p>Cirugía reconstructiva</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>ta: 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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.10 y 2.26.</p>	100%

Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios	Cobertura
<p>Imagenología avanzada</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • tomografía computarizada (TC) • tomografía por emisión de positrones (PET) <p>Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.</p>	100%
<p>Condiciones congénitas</p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los 18 años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los 18 años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$2,000,000.00</p> <p>(b) 100%</p>
<p>Tratamiento contra el cáncer</p> <p>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.</p> <p>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>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.43.</p> <p>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.</p>	100%

<p>Servicio de trasplantes</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"> • córnea • intestino delgado • riñón • riñón/páncreas • hígado • corazón • pulmón • corazón/pulmón • médula ósea (no relacionado con cáncer) <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"> • la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, • los gastos por compatibilidad de tejidos • los gastos de hospital/operación del donante, y • cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.9 y 2.34.</p>	<p>US\$1,500,000 por diagnóstico, de por vida</p>
<p>Diálisis renal</p> <p>La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.</p>	<p>100%</p>
<p>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</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\$1,000,000 de por vida</p>
<p>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</p> <p>Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, están cubiertos bajo esta póliza.</p>	<p>100%</p>

<p>Autismo</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias).</p> <p>Este beneficio está sujeto a pre-autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.16.</p>	US\$30,000
--	------------

<p>Enfermedad de Alzheimer (período de espera de 12 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los siguientes gastos adicionales para un paciente que ha sido diagnosticado con esta enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Cuidado asistencial • Consejería familiar <p>Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.37.</p>	US\$50,000 de por vida
---	------------------------

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

<p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología • Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.22 y 2.37.</p>	100%
--	------

<p>Honorarios médicos</p> <p>La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proponer un tratamiento • Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente • Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios • Prescribir medicamentos • Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.14, 2.18 y 2.40.</p>	100%
---	------

<p>Enfermeros profesionales</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea medicamento necesario.</p>	100%, máximo 60 visitas
<p>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</p> <p>La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del asegurado.</p>	100%, máximo 60 visitas
<p>Terapeutas ocupacionales y ortópticos</p> <p>La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento con terapeutas ocupacionales y ortópticos.</p>	100%, máximo 60 visitas
<p>Podología</p> <p>La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con el tratamiento realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del tratamiento prescrito por el médico tratante.</p>	100%, máximo 60 visitas
<p>Terapeutas complementarios</p> <p>La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de acupunturistas y reflexólogos con el objeto de restaurar la función física normal, cuando los profesionales estén debidamente calificados y registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento.</p> <p>Nota: El tratamiento proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta será considerado como una visita separada.</p>	100%, máximo 60 visitas
<p>Consultas medicina alternativa</p> <p>Consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento.</p> <p>Nota: Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.32.</p>	100%, máximo 20 visitas
<p>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</p> <p>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.</p>	100%

<p>Equipo médico durable</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea prescrito por un médico • cumpla con la definición de equipo médico durable • sea notificado a la Aseguradora previamente <p>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.</p>	100%
---	------

<p>Asesoría nutricional</p> <p>La Aseguradora pagará por consultas con un nutricionista si la asesoría nutricional está relacionada con una enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza.</p>	100%, máximo 4 visitas
---	------------------------

<p>Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE.UU.</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento en los centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujeto a un copago del US\$50 • No sujeto a deducible 	100%
--	------

Salud Mental	Cobertura
<p>Salud mental durante la hospitalización</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.</p> <p>Cualquier tratamiento psiquiátrico y/o psicológico cuando el asegurado esté hospitalizado durante 5 días o más requiere de 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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.27 y 2.44.</p>	100%

<p>Tratamiento para crisis de ansiedad o crisis psicótica durante la hospitalización:</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados de los tratamientos hospitalarios para crisis de ansiedad o crisis psicótica siempre y cuando sea médicamente necesario y los tratamientos se realizan durante la hospitalización.</p> <p>Requiere de 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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27, y 2.44.</p>	US\$50,000 (máx. 20 días)
--	---------------------------

<p>Salud mental en ambulatorio</p> <p>La Aseguradora pagará los honorarios en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.16, 2.27, y 2.44.</p>	100%, máximo 60 visitas
--	-------------------------

Embarazo y Parto	Cobertura
<p>Embarazo/parto – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses):</p> <p>La Aseguradora pagará solamente a la Asegurada Titular, Adulto Dependiente, 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.</p> <p>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 siempre que haya estado asegurada en la póliza original anterior y la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza anterior.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar las Cláusulas 2.9, 2.14, 2.30 y 2.40.</p>	

<p>Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, Adulto Dependiente, cónyuge o pareja dependiente. No aplica deducible.</p> <p>El tratamiento de maternidad y parto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, • Vitaminas requeridas durante el embarazo, y • hasta 7 días de cuidado rutinario para el recién nacido 	US\$15,000
<p>Cesárea médicamente necesaria – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</p> <p>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.</p>	US\$15,000
<p>Tratamiento pre y post natal – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (período de espera de 10 meses)</p> <p>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.</p>	Cubierto bajo el beneficio de embarazo/parto

<p>Complicaciones del embarazo y parto – Solo Planes 1 (Deducible US\$1,000), 2 (Deducible US\$2,000) y 3 (Deducible US\$3,500) (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>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.</p>	<p>US\$1,000,000 de por vida</p>
--	----------------------------------

<p>Incorporación del recién nacido en la póliza</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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”.</p> <p>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.</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.

La cobertura por repatriación le ofrece al **asegurado** la opción adicional de volver a su **país de residencia** especificado o al **país de nacionalidad** especificado para ser tratado en un entorno familiar, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos, tanto evacuaciones como repatriaciones:

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

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

Exclusiones y restricciones:

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

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

<p>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación o repatriación)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del asegurado (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La Aseguradora considera como 'necesidad razonable' cuando el asegurado necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, • necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros), • no hay acompañamiento médico disponible, o • en el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependido de los requerimientos médicos.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esto sea autorizado previamente por la Aseguradora, y • el viaje de regreso se realice dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. <p>La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p>	<p>100%</p>
<p>Costos de alimentación y transporte para acompañante</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • únicamente durante una evacuación, y • Hasta por 10 días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p>	<p>US\$200 por día; máximo 10 días por año póliza</p>
<p>Costos de viaje de traslado de niños</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de 18 años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado, • el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y • que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado. 	<p>100%</p>

<p>Costos de viaje de traslado, alimentación y transporte para visita compasiva</p> <p>La Aseguradora cubrirá el costo de un boleto de avión en clase turista para el viaje de traslado de hasta tres familiares cercanos del asegurado (esposo(a) o pareja, padre, madre, hijo(a), hermano(a)) que vivan en otro país cuando el asegurado sufra un accidente o enfermedad o dolencia repentina y necesite estar internado en el hospital por lo menos 5 días, o cuando ha recibido un diagnóstico terminal de corto plazo. Este beneficio incluye el costo del boleto en clase turista para el regreso de los familiares del asegurado a su país de origen. Este beneficio solo será pagado cuando sea autorizado previamente por la Aseguradora.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte para los familiares del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • durante un viaje de visita compasiva elegible, y • hasta por 10 días mientras los familiares estén fuera de su país de residencia habitual <p>Este beneficio no corresponde en casos de evacuación o repatriación. En estos casos, la Aseguradora solamente cubrirá los gastos especificados bajo los beneficios de “Costos de viaje de traslado para un acompañante”, “Costos de viaje de traslado de niños”, y “Costos de alimentación y transporte” descritos bajo en esta Tabla de Beneficios.</p>	<p>US\$1,700 por viaje, máximo 5 viajes de por vida</p> <p>US\$200 por día, máximo 10 días por año póliza</p>
<p>Ambulancia aérea local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o • para el traslado de un hospital a otro <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, • utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y • relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital <p>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.</p>	<p>100%</p>
<p>Ambulancia terrestre local</p> <p>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"> • médicamente necesaria, y • relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital 	<p>100%</p>

<p>Repatriación de restos mortales</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado 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"> • en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea <p>La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La 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.</p>	100%
---	------

Tratamiento Dental	Cobertura
<p>Tratamiento dental relacionado con accidentes</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>	100%

<p>Tratamiento dental (período de espera de 6 meses) (*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rellenos • tratamiento del conducto radicular • radiografía • extracción dental • anestesia 	80% hasta US\$2,500
---	---------------------

<p>Restauración mayor no estética (período de espera de 6 meses) (*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • puentes • coronas • implantes dentales • dentaduras postizas 	80% hasta US\$2,500
---	---------------------

<p>Ortodoncia no estética (período de espera de 12 meses) (*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de ortodoncia a asegurados de hasta 19 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultas y revisiones mensuales • extracción de dientes de leche • planeación de tratamiento • modelos/impresiones de encías • extracciones • anestesia • radiografías simples/interproximales y perapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrias (CEPH) • fotografía digital, y • aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.45.</p>	80% hasta US\$2,500
---	---------------------

(*) Sujeto al 20% de coaseguro

Tratamiento Preventivo	Cobertura
<p>Examen de salud general (período de espera de 10 meses) La Aseguradora pagará por un examen de salud general una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deducible.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardíaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$1,600
<p>Vacunas (No aplica deducible, 20% de coaseguro) La Aseguradora cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños y adultos en Panamá • 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 • medicinas contra la malaria 	80% hasta US\$1,600
<p>Examen de la vista La Aseguradora cubrirá un examen de refracción cada año póliza, que incluye el costo de la consulta. No aplica deducible.</p>	100%
<p>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses) La Aseguradora cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por año póliza, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG) • eliminación de la placa dental y pulido • protector de encías/protector bucal <p>No aplica deducible. (*) Sujeto al 20% de coaseguro</p>	100%
Dispositivos para la Audición y la Vista	Cobertura
<p>Aparatos auditivos (*) La Aseguradora cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	80%
<p>Anteojos y lentes de contacto (*) La Aseguradora cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	80% hasta US\$2,000

<p>Cirugía refractiva (1 por ojo, de por vida) (*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si el asegurado tiene 3 dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y • si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado <p>La Aseguradora únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el asegurado deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	80% hasta US\$3,000 de por vida
---	---------------------------------

(*) Sujeto al 20% de coaseguro

Rehabilitación y Cuidados Paliativos	Cobertura
<p>Enfermería en casa</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"> • sea prescrito por el médico del asegurado, • comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y • sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidado asistencial). <p>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.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar la Cláusula 2.26.</p>	US\$300 por día hasta un máximo de 60 días

<p>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</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"> • alojamiento en centro para pacientes terminales • cuidados de enfermero(a) profesional calificado • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales 	100%
--	------

<p>Rehabilitación multidisciplinaria (admitido o ambulatorio)</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"> • 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 • inicie dentro de los 30 días siguientes al acontecimiento por el que se requiere la rehabilitación multidisciplinaria <p>Nota: 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>	100% hasta 90 días
---	--------------------

Beneficios Adicionales	Cobertura
<p>Cobertura costo cero para niños (máximo 2 hijos por padre asegurado)</p> <p>Los hijos del asegurado podrán incluirse en la póliza sin costo hasta que cumplan los 10 años de edad, siempre que la póliza se mantenga vigente con al menos uno de los padres como integrante de la póliza. La única excepción a este beneficio es por fallecimiento de ambos padres.</p>	

<p>Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular</p> <p>En caso de que fallezca el Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura a los asegurados dependientes cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular durante 2 años sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el Asegurado Titular, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o 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.</p> <p>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.</p>
--

<p>Beneficio de segunda opinión quirúrgica</p> <p>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.</p>
--

Código: PTY-BGHP23 Bupa Global Health Plan

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-030 de 19 de julio de 2023.



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

servicio@bupalatinamerica.com

Factura No.	I0031116
Fecha de la Factura	3 de enero de 2024
Número de Póliza	BGEP3-16-368241-PAN
Contratante	ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ, Documento de Identificación #8-721-504
Asegurado Titular	ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ, Documento de Identificación #8-721-504
Vigencia	Desde las 12:00 a.m. del día 15/03/2024 Hasta las 12:00 a.m. del día 15/03/2025
Dirección de Cobro	Edif. Bahía Pacífica, Calle Punta Colon Apto 26, Barriada de Punta Pacífica Panamá
Teléfono	507 5073953990 - 507 5073953991
Corredor de Seguros	SEGUROS MALEK, S.A., Licencia: PJ138
Cobertura	BGEP3
Modalidad de Pago	Mensual
Prima Anual	US\$ 16,444.08

Nombre y Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)		Prima
Asegurado Titular	Alberto Jose Paredes Henriquez (23/09/1978)	\$ 700.42
Cónyuge	Maria Pia Zubieta Franco (10/06/1980)	\$ 669.92
Total Prima		\$ 1,370.34
Impuestos de Seguros (5%)		\$ 68.52
Gastos Administrativos		\$ 75.00
Otros Cargos		
Recargo Pago Fraccionado		\$ 164.44
I.T.B.M.S. (7%)		\$ 16.76
Total a Pagar		\$ 1,695.06

MARIA PIA ZUBIETA FRANCO (10/06/1980)

TIFFANY MARIE PAREDES ZUBIETA (05/04/2014)

ALBERTO JOSE PAREDES ZUBIETA (28/10/2015)

Su nueva prima contempla cambios actuariales que incluyen un aumento del 16% correspondiente a la inflación médica y un porcentaje por concepto de cambio de edad de los asegurados bajo la póliza según la tabla que se adjunta, calculado sobre la prima neta anterior anualizada (US\$ 14,104.08). El total de su nueva prima neta anualizada es US\$ 16,444.08 a partir del 15/03/2024 aprobados mediante la Resolución No. DRLA-045 de 07 de agosto de 2023 de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Este aumento de tarifa considera únicamente cambios actuariales. No contempla cambios por dependientes que hayan sido dados de alta o baja durante la vigencia de la póliza, cambios de plan o deducible. Fundamento legal: Artículos No. 146 y 141 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012.

Deducible Contratado: US\$3,500.00 por asegurado

- El deducible anual aplica 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.

- Todos 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.

Suma Asegurada: US\$7,000,000.00 por asegurado

Área de Cobertura: Mundial

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:

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 3 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-BGHP23 Bupa Global Health Plan

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-030 de 19 de julio de 2023.

AUMENTO DE PRIMAS POR CAMBIO DE EDAD – AÑO 2024

TARIFAS ANUALES

Deducible	1,000		2,000		3,500		5,000		10,000	
Edad	2024		2024		2024		2024		2024	
1 Hijo	3,874.00	N/A	2,774.00	N/A	2,309.00	N/A	2,002.00	N/A	1,527.00	N/A
2 Hijos	6,583.00	N/A	4,716.00	N/A	3,924.00	N/A	3,402.00	N/A	2,594.00	N/A
3+ Hijos	9,293.00	N/A	6,657.00	N/A	5,541.00	N/A	4,803.00	N/A	3,661.00	N/A
18	8,605.00	N/A	6,164.00	N/A	5,129.00	N/A	4,448.00	N/A	3,390.00	N/A
19	8,719.00	1.32%	6,238.00	1.20%	5,183.00	1.05%	4,496.00	1.08%	3,425.00	1.39%
20	8,835.00	1.33%	6,317.00	1.27%	5,241.00	1.12%	4,545.00	1.09%	3,462.00	1.39%
21	8,955.00	1.36%	6,397.00	1.27%	5,300.00	1.13%	4,596.00	1.12%	3,502.00	1.39%
22	9,079.00	1.38%	6,480.00	1.30%	5,361.00	1.15%	4,648.00	1.13%	3,541.00	1.39%
23	9,210.00	1.44%	6,564.00	1.30%	5,426.00	1.21%	4,705.00	1.23%	3,586.00	1.39%
24	9,340.00	1.41%	6,653.00	1.36%	5,491.00	1.20%	4,761.00	1.19%	3,628.00	1.39%
25	9,475.00	1.45%	6,746.00	1.40%	5,558.00	1.22%	4,820.00	1.24%	3,673.00	1.39%
26	9,670.00	2.06%	6,878.00	1.96%	5,657.00	1.78%	4,907.00	1.80%	3,738.00	1.39%
27	9,873.00	2.10%	7,016.00	2.01%	5,762.00	1.86%	4,995.00	1.79%	3,807.00	1.39%
28	10,082.00	2.12%	7,158.00	2.02%	5,869.00	1.86%	5,089.00	1.88%	3,877.00	1.39%
29	10,301.00	2.17%	7,306.00	2.07%	5,982.00	1.93%	5,187.00	1.93%	3,953.00	1.39%
30	10,526.00	2.18%	7,463.00	2.15%	6,101.00	1.99%	5,290.00	1.99%	4,031.00	1.39%
31	10,759.00	2.21%	7,622.00	2.13%	6,224.00	2.02%	5,396.00	2.00%	4,113.00	1.39%
32	10,998.00	2.22%	7,788.00	2.18%	6,348.00	1.99%	5,504.00	2.00%	4,193.00	1.39%
33	11,246.00	2.25%	7,958.00	2.18%	6,480.00	2.08%	5,618.00	2.07%	4,282.00	1.39%
34	11,501.00	2.27%	8,134.00	2.21%	6,615.00	2.08%	5,736.00	2.10%	4,370.00	1.39%
35	11,761.00	2.26%	8,315.00	2.23%	6,756.00	2.13%	5,859.00	2.14%	4,465.00	1.39%
36	12,030.00	2.29%	8,502.00	2.25%	6,900.00	2.13%	5,982.00	2.10%	4,559.00	1.39%
37	12,307.00	2.30%	8,697.00	2.29%	7,048.00	2.14%	6,113.00	2.19%	4,657.00	1.39%
38	12,590.00	2.30%	8,893.00	2.25%	7,202.00	2.19%	6,247.00	2.19%	4,759.00	1.39%
39	12,882.00	2.32%	9,098.00	2.31%	7,360.00	2.19%	6,382.00	2.16%	4,862.00	1.39%
40	13,180.00	2.31%	9,307.00	2.30%	7,522.00	2.20%	6,522.00	2.19%	4,971.00	1.39%
41	13,487.00	2.33%	9,522.00	2.31%	7,690.00	2.23%	6,668.00	2.24%	5,082.00	1.39%
42	13,799.00	2.31%	9,741.00	2.30%	7,862.00	2.24%	6,817.00	2.23%	5,195.00	1.39%
43	14,118.00	2.31%	9,968.00	2.33%	8,039.00	2.25%	6,970.00	2.24%	5,312.00	1.39%
44	14,446.00	2.32%	10,197.00	2.30%	8,218.00	2.23%	7,127.00	2.25%	5,431.00	1.39%
45	14,781.00	2.32%	10,435.00	2.33%	8,405.00	2.28%	7,286.00	2.23%	5,552.00	1.39%
46	15,123.00	2.31%	10,676.00	2.31%	8,595.00	2.26%	7,454.00	2.31%	5,678.00	1.39%
47	15,473.00	2.31%	10,925.00	2.33%	8,788.00	2.25%	7,619.00	2.21%	5,807.00	1.39%
48	15,830.00	2.31%	11,176.00	2.30%	8,986.00	2.25%	7,791.00	2.26%	5,936.00	1.39%
49	16,195.00	2.31%	11,436.00	2.33%	9,190.00	2.27%	7,969.00	2.28%	6,071.00	1.39%
50	16,565.00	2.28%	11,698.00	2.29%	9,399.00	2.27%	8,150.00	2.27%	6,210.00	1.39%
51	16,945.00	2.29%	11,967.00	2.30%	9,613.00	2.28%	8,335.00	2.27%	6,350.00	1.39%
52	17,330.00	2.27%	12,242.00	2.30%	9,826.00	2.22%	8,520.00	2.22%	6,493.00	1.39%
53	17,724.00	2.27%	12,525.00	2.31%	10,050.00	2.28%	8,714.00	2.28%	6,640.00	1.39%
54	18,125.00	2.26%	12,810.00	2.28%	10,274.00	2.23%	8,908.00	2.23%	6,789.00	1.39%
55	18,534.00	2.26%	13,100.00	2.26%	10,506.00	2.26%	9,109.00	2.26%	6,941.00	1.39%
56	18,947.00	2.23%	13,396.00	2.26%	10,740.00	2.23%	9,313.00	2.24%	7,097.00	1.39%
57	19,371.00	2.24%	13,698.00	2.25%	10,980.00	2.23%	9,519.00	2.21%	7,254.00	1.39%
58	19,802.00	2.22%	14,005.00	2.24%	11,224.00	2.22%	9,732.00	2.24%	7,415.00	1.39%
59	20,238.00	2.20%	14,318.00	2.23%	11,471.00	2.20%	9,947.00	2.21%	7,578.00	1.39%
60	20,682.00	2.19%	14,637.00	2.23%	11,725.00	2.21%	10,166.00	2.20%	7,746.00	1.39%
61	23,017.00	11.29%	16,311.00	11.44%	13,058.00	11.37%	11,323.00	11.38%	8,629.00	1.39%
62	25,533.00	10.93%	18,124.00	11.12%	14,506.00	11.09%	12,578.00	11.08%	9,583.00	1.39%
63	28,234.00	10.58%	20,071.00	10.74%	16,064.00	10.74%	13,929.00	10.74%	10,614.00	1.39%
64	31,116.00	10.21%	22,156.00	10.39%	17,735.00	10.40%	15,379.00	10.41%	11,719.00	1.39%
65	34,181.00	9.85%	24,378.00	10.03%	19,521.00	10.07%	16,926.00	10.06%	12,897.00	1.39%
66	37,430.00	9.51%	26,735.00	9.67%	21,420.00	9.73%	18,575.00	9.74%	14,153.00	1.39%
67	40,863.00	9.17%	29,229.00	9.33%	23,431.00	9.39%	20,318.00	9.38%	15,481.00	1.39%
68	44,478.00	8.85%	31,861.00	9.00%	25,554.00	9.06%	22,158.00	9.06%	16,883.00	1.39%
69	48,275.00	8.54%	34,629.00	8.69%	27,793.00	8.76%	24,099.00	8.76%	18,362.00	1.39%
70	52,257.00	8.25%	37,535.00	8.39%	30,143.00	8.46%	26,137.00	8.46%	19,916.00	1.39%
71	56,423.00	7.97%	40,576.00	8.10%	32,607.00	8.17%	28,274.00	8.18%	21,544.00	1.39%
72	60,769.00	7.70%	43,757.00	7.84%	35,183.00	7.90%	30,507.00	7.90%	23,245.00	1.39%
73	65,299.00	7.45%	47,071.00	7.57%	37,871.00	7.64%	32,838.00	7.64%	25,021.00	1.39%
74	70,013.00	7.22%	50,523.00	7.33%	40,675.00	7.40%	35,270.00	7.41%	26,874.00	1.39%
75	74,910.00	6.99%	54,113.00	7.11%	43,591.00	7.17%	37,797.00	7.16%	28,799.00	1.39%

Bupa Panamá, S.A.
Endoso de Renovación
Bupa Global Elite Health Plan



Contratante ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Asegurado Principal ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ
Número de Póliza BGEP3-16-368241-PAN

Esta póliza se renueva considerando la información conocida y proporcionada hasta el momento por el(los) asegurado(s) y/o contratante a la Aseguradora. Cualquier modificación a la misma deberá ser notificada por el(los) asegurado(s) y/o contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega de la póliza que contiene la renovación.

En caso de no recibir ninguna notificación, se entenderán ratificados todos los datos declarados anteriormente como son, de forma enunciativa mas no limitativa nombre, edad, domicilio, ocupación, nacionalidad, fecha de nacimiento, país de nacimiento, giro del negocio, status de estudiante o no, razón social, folio mercantil, apoderado legal, etc.

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

Panamá, República de Panamá, 3 de enero de 2024

Firma Persona Autorizada

Código: PTY-EL21 Bupa Global Elite Health Plan

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-033 de 20 de abril de 2021.



Siempre Contigo

3 de enero de 2024

Referencia: Póliza No. BGEP3-16-368241-PAN

Estimado(a) asegurado(a),

ALBERTO JOSE PAREDES HENRIQUEZ

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

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.bupalud.com • panama@bupalatinamerica.com

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

PAN-AIPN-V23.01

PAN-COV-2023-S

ELITE HEALTH PLAN



ALBERTO PAREDES HENRIQUEZ
BGEP3-16-368241-PAN
Fecha Efectiva: 03/15/2016
Deducible (USD): 3500
Accidentes: 0 Deducible

Bupa Global

Notificaciones y emergencias • Notifications and emergencies

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 275 1500
Toll Free.: +1 (800) 726 1203
Usamed@bupalatinamerica.com

Servicio al cliente • Customer service

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 398 7400
www.Bupalud.com/MiBupa/Consultas

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

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 certificado de cobertura.

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

ELITE HEALTH PLAN



MARIA ZUBIETA FRANCO
BGEP3-16-368241-PAN
Fecha Efectiva: 03/15/2016
Deducible (USD): 3500
Accidentes: 0 Deducible

Bupa Global

Notificaciones y emergencias • Notifications and emergencies

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 275 1500
Toll Free.: +1 (800) 726 1203
Usamed@bupalatinamerica.com

Servicio al cliente • Customer service

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 398 7400
www.Bupalud.com/MiBupa/Consultas

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

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 certificado de cobertura.

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

ELITE HEALTH PLAN



TIFFANY PAREDES ZUBIETA
BGEP3-16-368241-PAN
Fecha Efectiva: 03/15/2016
Deducible (USD): 3500
Accidentes: 0 Deducible

Bupa Global

Notificaciones y emergencias • Notifications and emergencies

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 275 1500
Toll Free.: +1 (800) 726 1203
Usamed@bupalatinamerica.com

Servicio al cliente • Customer service

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 398 7400
www.Bupalud.com/MiBupa/Consultas

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

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 certificado de cobertura.

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

ELITE HEALTH PLAN



ALBERTO PAREDES ZUBIETA
BGEP3-16-368241-PAN
Fecha Efectiva: 03/15/2016
Deducible (USD): 3500
Accidentes: 0 Deducible

Bupa Global

Notificaciones y emergencias • Notifications and emergencies

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 275 1500
Toll Free.: +1 (800) 726 1203
Usamed@bupalatinamerica.com

Servicio al cliente • Customer service

Tel: (507) 321 6200
Tel. en EE.UU.: +1 (305) 398 7400
www.Bupalud.com/MiBupa/Consultas

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

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 certificado de cobertura.

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