



Guía para Asegurados
y Contrato de Póliza

**BUPA
DIAMOND
CARE**

ECUADOR

CONTENIDO

Bienvenido a Bupa	2
USA Medical Services	2
Opciones	3
Para contactarnos	4
Condiciones generales de la póliza	5
Suplemento	29
El proceso de reclamación	
La notificación antes del tratamiento	
Cómo solicitar un reembolso	

BIENVENIDO A BUPA

Gracias por elegir Bupa Diamond Care, ofrecido por Bupa, una de las aseguradoras de salud más grandes y de mayor experiencia en el mundo.

Esta Guía para Asegurados contiene las provisiones y beneficios de su Póliza Bupa Diamond Care, así como otra información importante sobre cómo contactarnos y qué debe hacer si necesita usar su cobertura.

Por favor revise su Certificado de Cobertura, el cual muestra el deducible que ha elegido, y cualquier exclusión y/o enmienda a su cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede comunicarse con la Línea de Ayuda al Cliente de Bupa. Puede encontrar nuestra información de contacto en la sección “Para contactarnos” de esta Guía para Asegurados.

USA MEDICAL SERVICES

SU LÍNEA DIRECTA A LA EXPERIENCIA MÉDICA

Como parte del grupo Bupa, USA Medical Services ofrece a los Asegurados del grupo Bupa el mayor apoyo profesional al presentar un reclamo. Sabemos que es natural sentirse ansioso durante una enfermedad o después de un accidente; por eso hacemos todo lo posible para ayudarle a coordinar su tratamiento de la manera más fácil, y ofrecerle el asesoramiento y la ayuda que necesite.

USA Medical Services desea que usted y su familia tengan la tranquilidad que se merecen. En caso de una crisis médica, ya sea que necesite programar una cita médica, el ingreso a un hospital, o una ambulancia aérea, nuestros profesionales médicos están a su alcance con sólo una llamada las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestro personal médico mantendrá una comunicación constante con usted y su familia, recomendando el hospital y/o especialista adecuado durante cualquier crisis médica.

CUANDO OCURRE LO PEOR, USA MEDICAL SERVICES ESTÁ A SU ALCANCE CON SÓLO UNA LLAMADA

En caso de una emergencia, USA Medical Services moviliza su extenso sistema mundial de transporte aéreo y terrestre de emergencia. Proporcionamos aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Mientras se suministra el tratamiento y cuidado inicial, USA Medical Services sigue de cerca el progreso del paciente y reporta a su familia y seres queridos cualquier cambio en su condición.

Cuando cada segundo de su vida cuenta...cuente con USA Medical Services.

OPCIONES

ELECCIÓN DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una variedad de opciones de deducible anual para ayudarle a reducir el precio que paga por su cobertura; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

Deducible	Plan					
	1	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	0	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000

Solamente aplica un deducible por persona, por año póliza. Sin embargo, para ayudarle a reducir los gastos de cobertura de su familia, aplicamos un máximo de dos deducibles fuera del país de residencia por año póliza.

Para más detalle, por favor referirse a la Tabla de beneficios y las Provisiones de la Póliza.

ELECCIÓN DE COBERTURA

Para cubrir sus necesidades específicas según la región donde vive y su preferencia de precios, le ofrecemos la opción de elegir cobertura Mundial o Solamente en Latinoamérica (incluyendo el Caribe). Sin embargo, la cobertura Solamente en Latinoamérica no incluye cobertura en México, los Estados Unidos de América, o cualquier país fuera de la región de Latinoamérica.

PARA CONTACTARNOS

Línea de Ayuda al Cliente de Bupa
Desde las 8:30 a.m. hasta las 5:00 p.m. (EST)

Nuestro personal de servicio al cliente le ayudará con:

- Cualquier duda relacionada con su membresía
- Preguntas sobre su cobertura
- Cambios a su cobertura
- Actualización de sus datos personales

Tel : (593-2) 396 5600

Fax : (593-2) 396 5650

Correo electrónico: SACecuator@bupalatinamerica.com

En caso de una emergencia médica fuera de las horas habituales de trabajo, nuestro sistema telefónico le permitirá el acceso a USA Medical Services o también existe la opción de contactarnos directamente:

Tel: +1 (305) 275 1500

Fax: +1 (305) 275 8555

Correo electrónico: usamed@usamedicalservices.com

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA PLAN DE SEGURO “BUPA CUIDADO DIAMANTE”

ACUERDO

BUPA ECUADOR S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (de ahora en adelante denominada la “Compañía”) se compromete a pagarle al Asegurado los beneficios estipulados en esta Póliza por cualquier tratamiento, servicio o suministro médico proporcionado por esta Póliza y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

La Póliza, la solicitud de seguro de salud, el certificado de cobertura y cualquier cláusula adicional, constituyen el contrato completo entre las partes.

Derecho de catorce (14) días para examinar esta Póliza: Esta Póliza puede ser devuelta por el Asegurado dentro de los catorce (14) días siguientes a su recibo, para el reembolso de todas las primas pagadas. Esta Póliza puede ser devuelta a la Compañía o al agente o agencia asesora productora de seguros. En caso de ser devuelta, esta Póliza será considerada nula como si nunca hubiese sido emitida.

Ningún agente o agencia tiene la autoridad para cambiar esta Póliza o exonerar ninguna de sus provisiones. Después de que esta Póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido, a menos que sea aprobado por escrito por un oficial de la Compañía con potestad para ello o por el jefe de evaluación de riesgos de la Compañía, y tal aprobación debe constar en una enmienda o anexo a esta Póliza.

Aviso importante sobre la solicitud: Esta Póliza es emitida en base a la solicitud de seguro de salud firmada por el Asegurado y al pago de la prima. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o si el Asegurado ha omitido alguna información, el contrato de seguro quedará viciado de nulidad relativa, según lo previsto en el Artículo 14 de Decreto Supremo 1147 de 7 de diciembre de 1963. Tal nulidad se entenderá saneada si es que la Compañía conoce las circunstancias encubiertas o no declaradas antes de perfeccionarse el Contrato, o después de ello si es que la Compañía las acepta expresamente por escrito.

1. TABLA DE BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de esta Póliza está sujeta a los términos y condiciones de la misma. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza.

LOS ASEGURADOS NO ESTÁN OBLIGADOS A OBTENER TRATAMIENTO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES BUPA.

Plan 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Cobertura máxima por Asegurado por año póliza	Sin límite
Beneficios por hospitalización	Cobertura
Servicios hospitalarios	100%
Habitación y alimentación (privada/semiprivada) <ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red de Hospitales Bupa ○ Por día en otros hospitales 	100% \$2,000
Unidad de cuidados intensivos <ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro de la Red de Hospitales Bupa ○ Por día en otros hospitales 	100% \$4,000
Honorarios del médico/cirujano	100%
Honorarios del anestesista	100%
Honorarios del médico/cirujano asistente	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100%
Prótesis e implantes durante cirugía	100%
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Alimentación para acompañante, por día	\$50
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado por día	\$400
Beneficios por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Servicios ambulatorios	100%
Visitas a médicos y especialistas	100%
Medicamentos por receta: <ul style="list-style-type: none"> ○ Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria (por un máximo de 6 meses; después \$3,000 por año) ○ Tratamiento ambulatorio o sin hospitalización 	100% \$700
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada) (por 30 días inicialmente)	100%
Fisioterapia/rehabilitación (debe ser pre-aprobada)	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, endoscopia)	100%
Diálisis	100%
Otros beneficios	Cobertura
Evacuación de emergencia <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulancia aérea, por año póliza (debe ser pre-aprobada) ○ Ambulancia terrestre 	100% 100%
Cuidado de maternidad, por embarazo (incluye parto normal, parto por cesárea y todo tratamiento pre- y post-natal) <ul style="list-style-type: none"> ○ Período de espera de 10 meses ○ No aplica deducible ○ Sólo planes 1, 2 y 3 	\$10,000
Complicaciones de maternidad, parto y del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> ○ Período de espera de 10 meses ○ Sólo Planes 1, 2 y 3 	100%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto)	\$50,000
Cuidado del recién nacido saludable (durante 6 primeros meses después del parto, sólo para embarazos cubiertos)	5 visitas

Condiciones congénitas y hereditarias	100%
Procedimientos de trasplante (por diagnóstico, de por vida) ○ Incluye \$40,000 para obtención del órgano	\$2,000,000
Tratamiento dental de emergencia a consecuencia de un accidente	100%
Repatriación de restos mortales	100%
Residencia y cuidados paliativos	100%
Terapeuta complementario Máximo 20 sesiones por año póliza	100%
Reconocimiento médico general (todo incluido) ○ No aplica deducible	\$600
Especialista en dietética, por año póliza	4 consultas
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del Asegurado Principal	2 años sin costo
Segunda opinión quirúrgica requerida (sujeta a 30% de penalidad por incumplimiento)	100%
Tratamientos especiales (limitados a pre-aprobación de la Compañía)	
Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura por casos de accidente)	100%
Condiciones pre-existentes	No cubiertas
Tratamiento médico de emergencia	100%

Notas sobre beneficios

Todos los costos están sujetos a lo usual, acostumbrado y razonable para el procedimiento y área geográfica

Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta Póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

Se recomienda que los Asegurados notifiquen a la Compañía antes de comenzar cualquier tratamiento.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

Los detalles completos de los términos y condiciones de esta Póliza se encuentran en las secciones de provisiones, exclusiones y definiciones de la misma. La tabla de beneficios es solamente un resumen de la cobertura.

2. DEDUCIBLE

Se entiende por deducible la cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la Póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el Ecuador están sujetos al deducible en este país. Los gastos incurridos fuera del Ecuador están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

Las opciones de deducible anual ayudan a reducir el precio del seguro; mientras más alto sea el deducible, tanto menor será la prima. Las siguientes son las opciones de deducibles.

	Plan					
Deducible	1	2	3	4	5	6
Dentro del país de residencia	0	1,000	2,000	5,000	10,000	20,000
Fuera del país de residencia	1,000	2,000	3,000	5,000	10,000	20,000

- (a) Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.
- (b) Un máximo de dos (2) deducibles por póliza, por año póliza, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia. Si el deducible dentro del país de residencia ya ha sido satisfecho, y posteriormente se reciben servicios médicos fuera del país de residencia, la diferencia entre el deducible dentro del país de residencia y el deducible fuera del país de residencia será responsabilidad del Asegurado.
- (c) Los gastos elegibles incurridos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.
- (d) En caso de un accidente serio, tal como se lo indica en las definiciones de esta Póliza, no se aplicará ningún deducible durante el período de la primera hospitalización.

3. PROVISIONES DE ESTA PÓLIZA

3.1 BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

- 3.1.1 **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.
- 3.1.2 **HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN:** Se proporciona cobertura de este rubro solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.
 - (a) Para cobertura fuera de la Red de Proveedores de Bupa, la habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están limitadas al beneficio máximo diario indicado en la tabla de beneficios.
 - (b) Para cobertura dentro de la Red de Proveedores Preferidos de Bupa, la habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas hasta un cien (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrada en cargos hospitalarios.
 - (c) Los cargos incluidos en la factura del hospital por llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos estarán cubiertos.
- 3.1.3 **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Se proporciona cobertura de este rubro solamente cuando el uso de la unidad de cuidado intensivo es médicamente necesaria.
 - (a) Para cobertura fuera de la Red de Proveedores de Bupa, la habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas al beneficio máximo diario indicado en la tabla de beneficios.
 - (b) Para cobertura dentro de la Red de Proveedores de Bupa, la habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas hasta un cien (100%) de la cantidad usual, razonable y acostumbrada en cargos hospitalarios.
- 3.1.4 **HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO:** La cobertura de los honorarios del cirujano principal deben ser aprobados previamente por la Compañía, y está limitada a la menor de:
 - (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento realizado, o
 - (b) Cien por ciento (100%) de la tarifa aprobada por el cirujano para el procedimiento quirúrgico correspondiente, o
 - (c) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado, o

- (d) Si al realizar el procedimiento quirúrgico se determina que es necesario otro procedimiento, y que debe llevarse a cabo en el mismo campo quirúrgico u orificio natural, la tarifa completa del procedimiento principal se pagará tal como se describe arriba, y el segundo procedimiento se cubrirá en un cincuenta por ciento (50%).
- 3.1.5 **HONORARIOS DEL ANESTESISTA:** Los honorarios de anestésista son los cargos de un anestésista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor. La cobertura de los honorarios del anestésista debe ser aprobada previamente por la Compañía, y está limitada a lo menor de:
- (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables por servicios de anestésista; o
 - (b) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.
- 3.1.6 **HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE:** Los honorarios del médico/cirujano asistente son los cargos del médico o cirujano que ayuda al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico. Están cubiertos solamente cuando el médico/cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y aprobado previamente por la Compañía. Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados al menor de:
- (a) Cien por ciento (100%) de los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento; o
 - (b) Tarifas especiales establecidas por la Compañía para un área o país determinado.
- 3.1.7 **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:** Se cubrirán todos los servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios y usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones (PET).
- 3.1.8 **MEDICAMENTOS POR RECETA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:** Los medicamentos por receta prescritos por primera vez durante una hospitalización cubierta o después de una cirugía ambulatoria, están cubiertos al 100% y además por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha en la que el Asegurado ha sido dado de alta.
- 3.1.9 **PRÓTESIS E IMPLANTES DURANTE UNA CIRUGÍA:** Estos elementos artificiales de uso quirúrgico serán cubiertos siempre que su uso sea plenamente justificado por una necesidad médica para que el Asegurado restablezca su condición de salud.
- 3.1.10 **TRATAMIENTO DE CÁNCER:** Incluye todo tipo de tratamiento médico para esta condición, sea este hospitalario o ambulatorio.
- 3.1.11 **ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTE:** En caso de que existiera una persona que no siendo el Asegurado, tuviera que acompañarlo durante la hospitalización, se cubrirá el costo de su alimentación provista y facturada por el mismo hospital, hasta el monto máximo descrito en la Tabla de Beneficios.
- 3.1.12 **CAMA PARA ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO:** Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta el máximo por día estipulado en la Tabla de Beneficios.

3.2 BENEFICIOS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

- 3.2.1 **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización, estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.
- 3.2.2 **VISITAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS:** Incluye el costo de honorarios del médico tratante por cada una de las atenciones realizadas al Asegurado en su consultorio privado.
- 3.2.3 **MEDICAMENTOS POR RECETA:** Los medicamentos por receta prescritos para tratar una condición médica cubierta bajo esta Póliza estarán sujetos a lo siguiente:
- (a) Después de una hospitalización o cirugía ambulatoria: Los medicamentos por receta prescritos por primera vez durante una hospitalización cubierta o después de una cirugía ambulatoria, están cubiertos por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha en la que el Asegurado ha sido dado de alta. Después de los seis (6) meses, el beneficio máximo para medicamentos por receta es el indicado en la tabla de beneficios por Asegurado, por año póliza.
 - (b) Ambulatorio o sin hospitalización: Los medicamentos por receta que no son prescritos por primera vez durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, no tienen cobertura bajo esta Póliza.
- 3.2.4 **TRATAMIENTO DE CÁNCER:** Incluye todo tipo de tratamiento médico para esta condición, sea este hospitalario o ambulatorio.
- 3.2.5 **ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Se cubrirá los cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales deben ser prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados personales, dichos cuidados se cubrirán por un período inicial de los días señalados en la tabla de beneficios siempre y cuando sea aprobado con anticipación por la Compañía. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días, también deberá ser aprobada con anticipación por la Compañía, mediante endoso suscrito por las partes o el reclamo será negado. Para obtener cada aprobación se necesita presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- 3.2.6 **FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN:** Se cubrirán por un período inicial de hasta 30 días siempre y cuando sea aprobada con anticipación por la Compañía. Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- 3.2.7 **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:** Se cubrirán todos los servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios y usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones (PET).

- 3.2.8 DIÁLISIS: Incluye todo tipo de gastos médicos necesarios para la ejecución de este tipo de tratamiento especializado, con excepción de la compra del equipo de riñón artificial personal o para uso residencial.

3.3 OTROS BENEFICIOS

- 3.3.1 EVACUACIÓN DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Para el transporte por ambulancia aérea, se considerará también lo siguiente:

- (a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por la Compañía.
 - (b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la establecida en la tabla de beneficios, por año póliza.
 - (c) El Asegurado se compromete a mantener a la Compañía o a cualquier otra compañía afiliada o vinculada con la misma, libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios de transporte, incluidos reclamos por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
- 3.3.2 CUIDADO DE MATERNIDAD (Sólo para planes 1, 2 y 3):
- (a) El beneficio máximo es el establecido en la tabla de beneficios por cada embarazo, sin deducible, para la respectiva madre asegurada.
 - (b) Los tratamientos pre- y post-natal, parto normal, y parto por cesárea están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta Póliza.
 - (c) Este beneficio aplica para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para el(la) padre(madre) Asegurado(a). El padre Asegurado no puede ser un hijo dependiente masculino.
 - (d) No hay cobertura de maternidad bajo esta Póliza para hijos dependientes de dieciocho (18) años de edad o más. Para tener cobertura bajo esta provisión, los hijos dependientes de dieciocho (18) años o más, deberán solicitar cobertura y ser aprobados bajo su propia Póliza por separado.
 - (e) El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aun cuando el período de espera de sesenta (60) días para esta Póliza haya sido exonerado.
 - (f) Las complicaciones de la maternidad no están cubiertas bajo esta provisión, ya que están limitadas al beneficio máximo descrito en la provisión correspondiente.
- 3.3.3 COMPLICACIONES DE MATERNIDAD, PARTO Y RECIÉN NACIDO (Sólo para planes 1, 2 y 3): Por complicaciones de maternidad se entiende el curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta Póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea no son consideradas complicaciones de la maternidad.

Por complicaciones del parto se entiende a cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hypoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

Las complicaciones de maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), estarán cubiertas como sigue:

- (a) La cobertura bajo esta Póliza es igual al límite máximo de esta Póliza, sin deducible.
- (b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las previsiones de “cuidado de maternidad” y “cobertura del recién nacido” de esta Póliza.
- (c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto, que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

3.3.4 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- (a) Si nace de un embarazo cubierto:

- i. Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta el máximo establecido en la tabla de beneficios, sin deducible.
- ii. Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta Póliza, deberá presentarse a la Compañía, dentro de los noventa (90) días después del parto, una notificación de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, y la fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de esta Póliza.

El pago de la prima por la adición del recién nacido deberá efectuarse al momento de la notificación del nacimiento. Si la notificación no es recibida durante los noventa (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 por la Compañía.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito en la provisión correspondiente.

- (b) Si nace de un embarazo NO cubierto, no gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a esta Póliza, deberá presentarse una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Compañía, y al pago de la prima correspondiente.

3.3.5 CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS: Se entiende por condiciones o enfermedades congénitas y hereditarias, cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después. La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta Póliza será hasta el límite máximo señalado en la tabla de beneficios de esta Póliza, después de satisfacer el deducible correspondiente.

- 3.3.6 **PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE:** La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humano se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para procedimiento de trasplante de la Compañía. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores para procedimiento de trasplante de la Compañía. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la establecida en la tabla de beneficios, por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por la Compañía, y está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de esta Póliza.

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
 - (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
 - (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo establecido en la tabla de beneficios por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante.
 - (d) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
 - (e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
 - (f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.
- 3.3.7 **TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE:** El tratamiento dental de emergencia es aquel necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto. Solamente tendrá cobertura bajo esta Póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y que se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.
- 3.3.8 **REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Compañía cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta Póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la Compañía.
- 3.3.9 **RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS:** Se cubrirá el costo derivado de la permanencia del Asegurado en un centro especializado en atención integral a pacientes con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada y que ya no responde al tratamiento curativo.

- 3.3.10 **TERAPEUTA COMPLEMENTARIO:** Solamente tratamiento ambulatorio realizado por un médico osteópata, quiropráctico, podiatra y/o psiquiatra, así como acupuntura, tratamientos homeopáticos o tratamientos para desórdenes de la conducta o del desarrollo, incluyendo terapia del habla a corto plazo recetada por un médico, y desórdenes del sueño serán cubiertos bajo este beneficio. Se cubrirá el máximo de visitas/sesiones por Asegurado, de acuerdo con lo señalado en la tabla de beneficios, por año póliza.
- 3.3.11 **RECONOCIMIENTO MÉDICO GENERAL:** Cada Asegurado tiene derecho a un reconocimiento médico general por año póliza. El beneficio máximo por Asegurado, por año póliza es de aquel señalado en la tabla de beneficios sin deducible. El reconocimiento médico general de rutina podrá incluir estudios de diagnóstico y vacunas.
- 3.3.12 **ESPECIALISTA EN DIETÉTICA:** Cada asegurado tiene derecho al número de consultas señalado en la tabla de beneficios, con un especialista certificado en dietética, por año póliza. Las consultas deben ser recetadas por un médico, y en todos los casos, el reclamo debe incluir una copia de la receta del especialista que atiende al Asegurado.
- 3.3.13 **COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL:** En caso de que fallezca el Asegurado Principal, la Compañía proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta Póliza durante dos (2) años sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debe a una condición cubierta bajo esta Póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo esta Póliza y terminará automáticamente para el cónyuge o conviviente sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta Póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado. Esta cobertura extendida no aplica para ningún anexo de cobertura opcional.
- 3.3.14 **SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA:** Si un médico cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a la Compañía o al administrador de reclamos que esta haya designado, por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Compañía considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y convenido por ella. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por la Compañía. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Compañía también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y la Compañía. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta Póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, SERÁ RESPONSABLE POR EL PORCENTAJE ESTABLECIDO EN LA TABLA DE BENEFICIOS DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

- 3.3.15 **TRATAMIENTOS ESPECIALES:** Están cubiertos las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los medicamentos altamente especializados (por ejemplo, Interferón, Procrit,

Avonex, Embrel, etc.) siempre y cuando sean aprobados y coordinados con anticipación por la Compañía. El tratamiento especial será pagado por la Compañía o reembolsado según el costo que la Compañía hubiese incurrido si el tratamiento hubiere sido realizado por uno de sus proveedores.

3.3.16 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por la Compañía. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

3.3.17 CONDICIONES PREEXISTENTES: La condición preexistente es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o de su rehabilitación; o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de esta Póliza o su rehabilitación; o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de esta Póliza.

Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:
 - i. Estarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de esta Póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a esta Póliza.
 - ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de esta Póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos, o tratamiento en cualquier momento durante el período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de esta Póliza, a menos que estén excluidas específicamente en una enmienda a esta Póliza.
- (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que esta Póliza se encuentre en vigor. Además, la Compañía se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar esta Póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

3.3.18 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Todos los gastos médicos proporcionados por un proveedor fuera de la red relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

- 4.1 El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte del 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 o profesional calificado; o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico; o

- (d) Que esté relacionado con el cuidado personal; o
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- 4.2 Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los eventos anteriores.
 - 4.3 Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
 - 4.4 Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, excepto como se estipula bajo la provisión denominada "reconocimiento médico general de rutina" de esta Póliza.
 - 4.5 Tratamiento homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
 - 4.6 Cualquier enfermedad o lesión que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha efectiva de esta Póliza, con excepción de aquellas causadas por un accidente o enfermedad de origen infeccioso.
 - 4.7 Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta Póliza. También se excluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma.
 - 4.8 Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes excepto lo estipulado en la provisión denominada "condiciones pre-existentes".
 - 4.9 Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
 - 4.10 Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o epidemias que han sido puestas bajo la dirección de una autoridad pública.
 - 4.11 Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultado de una condición cubierta. También se excluyen las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
 - 4.12 Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
 - 4.13 Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad,

inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente.

- 4.14 El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de aquellos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda o anexo de esta Póliza, o no cubiertas bajo esta Póliza.
- 4.15 Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
- 4.16 Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
- 4.17 Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
- 4.18 La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 4.19 Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
- 4.20 Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 4.21 Tratamiento de lesiones que resulten mientras el Asegurado preste servicio como miembro de la Policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 4.22 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo, o enfermedades relacionadas con el SIDA, incluyendo tumores por la presencia de SIDA. Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el SIDA o anticuerpos VIH (VIH positivo), estarán cubiertas si se comprueba que fueron causadas por una transfusión de sangre recibida después de la fecha efectiva de esta Póliza. El virus del VIH también estará cubierto si se comprueba que fue contraído como resultado de un accidente ocurrido durante el curso normal de la ocupación del Asegurado, incluyendo las siguientes profesiones: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, ayudantes médicos o dentales, personal de ambulancias, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El Asegurado deberá notificar a la Compañía dentro de los catorce (14) días siguientes a dicho accidente, y al mismo tiempo proporcionar el resultado negativo de un examen de anticuerpos de VIH con fecha previa al accidente.
- 4.23 La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Compañía.
- 4.24 Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta Póliza.
- 4.25 Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos por receta que no fueron originalmente prescritos mientras el Asegurado estuvo hospitalizado, y medicamentos por receta que no son prescritos como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria, excepto como se establece bajo las provisiones de esta Póliza.

- 4.26 Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Compañía.
- 4.27 Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 4.28 Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

5. DEFINICIONES

- 5.1 ACCIDENTE: Cualquier evento súbito o imprevisto producido por una causa externa, del cual resulta una lesión.
- 5.2 ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del Asegurado, debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una severa lesión corporal demostrable que requiere hospitalización inmediata dentro de las primeras horas siguientes al trauma accidental para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La existencia de lesiones accidentales graves será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico de la Compañía, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.
- 5.3 AÑO CALENDARIO: Del 1° de enero al 31 de diciembre del mismo año.
- 5.4 AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la Póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
- 5.5 ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada y ha comenzado por parte de la Compañía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes cubiertos bajo esta Póliza.
- 5.6 ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en la solicitud de seguro de salud. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
- 5.7 BLOQUE: Los Asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.
- 5.8 CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO: Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes físicos completos.
- 5.9 CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de esta Póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera a todas las personas cubiertas bajo la misma.
- 5.10 CLASE: Los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

- 5.11 CONVIVIENTE: Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Principal ha establecido una relación de unión de hecho, estable y monogámica libre de vínculo matrimonial.
- 5.12 CUIDADOS PERSONALES: Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionados por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).
- 5.13 DIAGNÓSTICO: Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, síndrome, o cualquier condición médica mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.
- 5.14 DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
- 5.15 ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.
- 5.16 ENFERMERO(A): Profesional legalmente autorizado para proporcionar cuidados a enfermos.
- 5.17 EMERGENCIA: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
- 5.18 FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de esta Póliza.
- 5.19 FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
- 5.20 FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la Póliza.
- 5.21 FECHA EFECTIVA: Fecha en que comienza la cobertura bajo esta Póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura. Esta fecha sólo será efectiva después que esta Póliza de seguro haya sido entregada al Asegurado y que haya expirado el derecho de diez (10) días para examinar la misma.
- 5.22 HOSPITAL: Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y, b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
- 5.23 HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 5.24 LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.

- 5.25 **MÉDICO O DOCTOR:** Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “Médico” o “Doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.
- 5.26 **MEDICAMENTOS POR RECETA:** Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.
- 5.27 **MÉDICAMENTE NECESARIO:** El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:
- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite); o
 - (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
 - (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
 - (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).
- 5.28 **PAÍS DE RESIDENCIA:** El país:
- (a) Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
 - (b) Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigencia.
- 5.29 **PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE:** Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.), o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
- 5.30 **RECEPTOR:** La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
- 5.31 **RECIÉN NACIDO:** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 5.32 **RED DE PROVEEDORES BUPA:** Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para tratar a Asegurados en nombre de la Compañía. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores Bupa está disponible en la Compañía o en su página de Internet y está sujeta a cambio sin previo aviso.
- 5.33 **RED DE PROVEEDORES PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la Compañía con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante de órganos al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la Red de Proveedores para Trasplante de Órganos está disponible en la Compañía y está sujeta a cambio sin previo aviso.
- 5.34 **RELACIÓN DE UNIÓN DE HECHO:** Relación entre el Asegurado Principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas, para considerar que se trata de una relación de hecho:
- Ninguno de los dos puede estar actualmente casado o tener un vínculo de unión de hecho, según la ley.

- Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.
- Los dos deben tener por lo menos 18 años de edad.
- Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.
- Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos dos (2) años.
 - Ambos son propietarios de una residencia en común.
 - Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
 - Un automóvil que pertenece a los dos.
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones.
 - Una cuenta de crédito mancomunada.
 - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos.
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal.

El Asegurado Principal y su conviviente deberán firmar conjuntamente el affidavit de Relación de unión de hecho que proporciona la Compañía.

- 5.35 **SOLICITANTE:** La persona que firma la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.
- 5.36 **SOLICITUD:** Declaración por escrito en un formulario por el Solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Compañía para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Compañía antes de la emisión de esta Póliza.
- 5.37 **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.
- 5.38 **USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE:** Los gastos usuales, acostumbrados y razonables por servicios médicos proporcionados en un área geográfica determinada, independientemente de si se realizó pago directo o reembolso.

6. COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA

Sujeto a las provisiones de esta Póliza, los beneficios comienzan en la fecha efectiva de esta Póliza, no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura comienza a la 00:01 Horas de la fecha efectiva indicada en las condiciones particulares y termina a las 24:00 horas del día indicado en las condiciones particulares como fecha de expiración de vigencia. Esta Póliza termina antes de la fecha de expiración en caso de:

- (a) Falta de pago de la prima en los plazos señalados en las condiciones particulares.
- (b) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura
- (c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún dependiente; o
- (d) Por notificación por escrito de la Compañía, según se establece en las condiciones de esta Póliza.

7. ELEGIBILIDAD

Esta Póliza sólo puede ser emitida a residentes de Ecuador, con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima para cobertura bajo esta Póliza para aquellos Asegurados que renueven su Póliza.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente legal del Asegurado Principal, hijos o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido legalmente designado como tutor legal, que hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud de esta Póliza; y, para quienes se provee cobertura bajo esta Póliza.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta los dieciocho (18) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes a tiempo completo (con un mínimo de doce (12) horas créditos por semana) en un colegio o universidad acreditado en el momento que esta Póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de esta Póliza, al cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo.

Si un hijo dependiente contrae matrimonio, deja de ser un estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, se cambia de país de residencia, o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para estos dependientes terminará en la fecha del siguiente aniversario de esta Póliza.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Compañía y que sean elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con el mismo o con mayor deducible, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en esta Póliza. La solicitud de seguro de salud del antiguo dependiente debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de esta Póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.

8. PERIODO DE ESPERA

Esta Póliza contempla un período de espera de sesenta (60) días, contados a partir del día en que esta Póliza entra en vigor o, para los nuevos Asegurados, en la fecha en que hayan sido añadidos a esta Póliza. Durante este tiempo solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

9. EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA

La Compañía exonerará el período de espera solamente si:

- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año; y
- (b) La fecha efectiva de esta Póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior.
- (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud; y
- (d) La Compañía recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

Si se exonera el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta Póliza o la póliza anterior, mientras esta Póliza esté en vigencia.

10. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio.

En caso de un cambio de país de residencia del Asegurado, independientemente de los años que esta Póliza haya estado en vigencia, y si el plan actual del Asegurado no está disponible en su nuevo país de residencia, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza o modificar sus tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, para poder ofrecerle al Asegurado una cobertura de seguro lo más equivalente posible.

Si el cambio de país de residencia es a los Estados Unidos de América y el Asegurado reside en ese país durante más de ciento ochenta (180) días continuos dentro de cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días, independientemente del tipo de visa que se le haya otorgado para ese propósito, la cobertura para cualquier condición estará limitada a la Red de Proveedores de la Compañía hasta la fecha de la próxima renovación de la Póliza, cuando la cobertura bajo dicha Póliza terminará automáticamente.

La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza, o en la modificación de la cobertura en la fecha del próximo aniversario, a discreción de la Compañía.

11. MONEDA

Todos los valores monetarios mencionados en esta Póliza son en dólares de los Estados Unidos de América.

12. PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado Principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera al contado y por anticipado, contra recibo de la Compañía, cancelada por la persona autorizada para la cobranza en la fecha de renovación de la Póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento que haya sido autorizada por la Compañía. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o agencia asesora productora de seguros o directamente con la Compañía.

13. PERÍODO DE GRACIA

En caso de que la Compañía, acepte dar facilidades de pago al Asegurado para cobrar la prima, la demora de treinta (30) días o más en el pago de cualquiera de las cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos en la expedición del contrato, o estará obligada a devolver al Asegurado la prima no devengada, si fuere el caso.

El plazo de gracia de treinta (30) días, mencionado en el inciso anterior, no es aplicable al pago de la cuota inicial de la prima, ya que el contrato de seguro no se considera vigente mientras dicha cuota no haya sido pagada en efectivo.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega.

14. CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

La Compañía se reserva el derecho de cambiar la prima en cada fecha de renovación. Este derecho será ejercido solamente en base a "clase", como se indica en las definiciones, en la fecha de renovación de cada Póliza.

15. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo.

Por su parte, la Compañía se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar esta Póliza solamente en base al "bloque", según se define en esta Póliza, dando un preaviso de quince (15) días al Asegurado, y si no pudiere determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación. La Compañía ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al Asegurado. Ningún Asegurado individual será penalizado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza, en base solamente a un historial desfavorable de reclamos. El envío de un reclamo fraudulento es también motivo para la rescisión o cancelación anticipada de esta Póliza por parte de la Compañía. Cuando la Compañía de por terminado el contrato deberá especificar claramente la fecha del mismo, en este caso la Compañía queda obligada a devolver al asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata.

16. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE ESTA PÓLIZA

En caso de que esta Póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y la Compañía sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la Póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

17. REHABILITACIÓN

Si la Póliza no fue renovada durante el período de gracia, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días de haberse terminado el período de gracia, a discreción de la Compañía, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá de una nueva solicitud de seguro de salud y cualquier otra información o documento requerido por la Compañía. Esta Póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días de la fecha efectiva de terminación de la misma.

18. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga y la diferencia al otro seguro, de manera que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos; en ningún caso los beneficios de esta Póliza podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las condiciones particulares de esta Póliza. El incumplimiento de esta condición priva al Asegurado de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

Fuera del Ecuador, la compañía funcionará como la Compañía principal, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra Compañía.

19. CAMBIO DE PLAN O DEDUCIBLE

El Asegurado puede solicitar un cambio de plan o deducible en la fecha del aniversario de la Póliza y en tal caso la Compañía se reserva el derecho de efectuar previamente evaluación de riesgo. Durante los primeros sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio de plan o deducible, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causados por un accidente, estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior.

Durante los doce (12) meses después de la fecha efectiva del cambio, los beneficios de maternidad, del recién nacido, de desórdenes congénitos, y trasplante de órganos, estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo el nuevo plan o el plan anterior.

20. AVISO DE SINIESTRO

El Asegurado debe contactar a la Compañía o a la administradora de reclamos que aquella pudiere designar para tal efecto, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Cualquier tratamiento médico de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio del tratamiento médico.

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

21. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO

El Asegurado deberá presentar a la Compañía, los siguientes documentos dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio:

- (a) Formulario de reclamación proporcionado por la Compañía, debidamente completado y firmado por el Asegurado, así como por el médico tratante con su sello y firma.
- (b) Originales de recetas, recibos, órdenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico, firmadas y selladas por el médico.
- (c) Originales de facturas y/o recibos, de pagos al contado, firmados y sellados que sustenten los gastos médicos.
- (d) Resultados de radiografías, ultrasonidos, tomografías, exámenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico y seguimiento.
- (e) Copia del expediente clínico o historia médica del Asegurado.
- (f) Informes médicos.
- (g) Resultado del protocolo médico.

Expresamente el Contratante y el Asegurado o sus dependientes, renuncian al secreto de sus expedientes médicos, las cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía.

22. EXÁMENES FÍSICOS

Durante el proceso de un reclamo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Compañía.

23. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

Son causas para que el Asegurado pierda el derecho a cobertura de un reclamo las siguientes:

- (a) La mala fe del Asegurado en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones que le correspondería en caso de mismo.
- (b) Cuando el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su intervención o complicidad.
- (c) Si el seguro hubiere sido contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, tomando como base la fecha de emisión de esta Póliza.

24. APELACIÓN DE RECLAMOS

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía sobre esta póliza de seguro y/o sus provisiones, el Asegurado podrá solicitar una revisión del caso por el "Comité de Apelaciones de Bupa", antes de comenzar cualquier procedimiento previsto en la Ley.

Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al Comité de Apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cuál decisión debe ser revisada y por qué razón dichas apelaciones deben ser enviadas al Coordinador de Apelaciones de Bupa. Al recibir la petición, el Comité de Apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el Comité de Apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

25. PAGO DE RECLAMOS

La Compañía tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Compañía y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, la Compañía pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado Principal. En cualquier caso, la Compañía deberá recibir la información necesaria para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al Asegurado Principal.

26. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La Compañía pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, máximo hasta cuarenta y cinco (45) días después que el Asegurado haya presentado la notificación sobre la ocurrencia del siniestro, aparejada de los documentos que establece esta Póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

27. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de la indemnización, la Compañía tiene el derecho de subrogación o reembolso hasta el monto de su importe por parte del Asegurado a quien ha pagado, o a favor del mismo, cuando el Asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la Compañía se reserva el derecho de proceder en nombre del Asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar un reclamo bajo esta Póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamo bajo esta Póliza.

28. CESIÓN DE ESTA PÓLIZA

La presente Póliza no podrá cederse ni endosarse, antes o después del siniestro, sin previo conocimiento y autorización escrita de la Compañía. La cesión o endoso que se efectuare contraviniendo lo dispuesto en esta cláusula, privará al Asegurado o a quien éste hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

29. ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho escrito. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

30. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que haya de notificarse a la Compañía para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá efectuarse por escrito. Toda comunicación que la Compañía tenga que pasar al Asegurado deberá también hacerse por escrito y será hecha a la última dirección conocida por ella.

31. JURISDICCIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio que se suscitare entre las partes con motivo del presente contrato, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deberán ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o el beneficiario, en el domicilio del demandado.

32. PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza, prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen.

NOTA: El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos y Seguros la verificación de este texto.

SUPLEMENTO

EL PROCESO DE RECLAMACIÓN

Los asegurados deben notificar a USA Medical Services en el momento que saben que necesitarán algún tipo de tratamiento.

CUATRO RAZONES PARA NOTIFICAR A USA MEDICAL SERVICES AL +1 (305) 275 1500

1. Ayuda para entender y coordinar sus beneficios, con acceso directo a nuestro equipo de personal calificado las 24 horas del día.
2. Apoyo de nuestro equipo que le ofrece orientación a usted y su familia para identificar el mejor tratamiento y servicio médico a su alcance: los mejores hospitales, médicos acreditados y servicios en su comunidad.
3. Acceso a representantes calificados con extensa experiencia en la industria, quienes le ayudarán a evitar o reducir recargos y gastos médicos innecesarios.
4. Al notificarnos con anticipación, podemos proporcionarle la mejor atención administrativa antes, durante y después de su tratamiento o servicio.

ANTES

Al notificar a USA Medical Services que un asegurado necesita cualquier tipo de tratamiento médico, nuestro personal profesional se comunicará inmediatamente con el médico del paciente y la instalación médica. En cuanto recibimos toda la información necesaria de su proveedor, incluyendo los expedientes médicos, nuestro personal profesional coordinará el pago directo y confirmará sus beneficios. Así es como garantizamos a nuestros asegurados su ingreso al hospital sin contratiempos, evitándole la preocupación de pagos y reembolsos. Además, le ayudamos a coordinar y programar ambulancias aéreas y segundas opiniones médicas y quirúrgicas.

DURANTE

Durante el tratamiento y/o la hospitalización, nuestro personal profesional llevará un control del paciente mediante la comunicación frecuente con el médico y el personal hospitalario, además de dar seguimiento al progreso, resultados y tratamientos necesarios. También ofrecemos información y apoyo a la familia del paciente sobre los últimos avances de la medicina y los tratamientos más modernos. Nuestro personal visitará a los pacientes, se comunicará con sus familias para contestar preguntas y ofrecer asistencia, y se asegurará que el paciente esté recibiendo un servicio de la mejor calidad.

DESPUÉS

Después de que el paciente es dado de alta del hospital o termina su tratamiento, nuestro personal profesional en USA Medical Services coordinará cualquier tratamiento o terapia de seguimiento, y hará los trámites necesarios hasta que se procese el pago de la reclamación.

LA NOTIFICACIÓN ANTES DEL TRATAMIENTO

Esta sección le explica qué necesita hacer si su médico le informa que necesita tratamiento o seguimiento médico. También le explica qué información necesitará al contactarnos, y cómo le ayudaremos durante el proceso.

La autorización de un tratamiento es manejada por nuestro equipo de profesionales en USA Medical Services. Ellos le ayudarán a obtener acceso al tratamiento que necesita tan pronto como sea posible. Le ofrecerán información y orientación, así como también confirmación de su cobertura para cualquier tratamiento.

Por favor asegúrese de notificar a USA Medical Services llamando al +1 (305) 275 1500 o enviando un mensaje por correo electrónico a usamed@bupalatinamerica.com por lo menos 72 horas antes de recibir cualquier tratamiento médico, o dentro de las 72 horas después de haber recibido cualquier tratamiento de emergencia.

Si su médico le indica que debe consultar a un especialista o hacerse exámenes de diagnóstico

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. La siguiente información nos ayudará a procesar su reclamación con mayor rapidez:

1. El nombre del médico que hace la referencia médica
2. El nombre del médico a quien ha sido referido
3. El examen de diagnóstico que necesita
4. A qué hospital prefiere ir

También nos ayudará si usted le pide a su médico una copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición para que nosotros podamos evaluarlos. Puede enviarlos por correo electrónico o por fax. El personal de USA Medical Services fijará las citas para los exámenes y confirmará su cobertura con el médico y el hospital. Normalmente este proceso toma unos días una vez que tengamos toda la información necesaria.

Si su médico le indica que necesita cirugía, tratamiento ambulatorio o ser hospitalizado

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. La condición/síntomas que se están tratando
2. El tratamiento propuesto
3. El nombre del médico que hace la referencia médica
4. El médico y hospital a donde prefiere ir

De nuevo, si nos envía copias de las notas clínicas o expedientes médicos, podremos procesar su reclamación con mayor rapidez. Una vez contemos con toda la información:

1. Verificaremos que su póliza esté vigente cuando necesita el tratamiento
2. Verificaremos que la condición y tratamiento cumplen con los requisitos estipulados en los términos y condiciones de su plan
3. Confirmaremos su cobertura con el médico y el hospital
4. Fijaremos con el hospital una cita que sea conveniente para usted

Al salir del hospital: Para procesar su reclamación, necesitamos el formulario de solicitud de reembolso, los expedientes médicos, las facturas originales y las notas clínicas del caso. Usualmente recibimos estos documentos directamente del hospital. Sin embargo, si no obtenemos estos documentos y tenemos que solicitarlos, el proceso de su reclamación puede retrasarse.

Cuando su reclamación ha sido aprobada, confirmaremos las cantidades pagadas y le informaremos sobre cualquier cantidad que usted necesite pagar directamente al médico u hospital (por ejemplo, el deducible que eligió en su plan).

En la mayoría de los casos, USA Medical Services pagará directamente al médico y al hospital; sin embargo, hay ocasiones en las que esto no es posible. Este es usualmente el caso cuando el tratamiento tuvo lugar en un hospital que no forma parte de una red de hospitales Bupa, si usted no nos notificó sobre el tratamiento, o si necesitamos información adicional sobre su condición.

Si su médico recomienda terapia física o rehabilitación después de una cirugía

Llame o envíe un mensaje por correo electrónico a USA Medical Services. Cuando nos contacte, necesitaremos la siguiente información:

1. El plan para su terapia
2. El terapeuta que estará consultando

Su médico deberá proporcionar un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. Necesitamos recibir este programa antes de aprobar la terapia.

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO

Si ha seguido los pasos correctos, estaremos en proceso de emitir un pago directo a su proveedor. Sin embargo, siempre hay circunstancias cuando esto no es posible y tendremos que enviarle un reembolso. En esos casos, hay ciertas directrices que debe seguir, como se indica a continuación.

Para agilizar el procesamiento de su reclamación, por favor siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de reembolso. Puede encontrar una copia del formulario de solicitud de reembolso en su kit informativo, o imprimir uno de nuestro sitio web www.bupasalud.com.
2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico, si todavía no los ha enviado. Por ejemplo:
 - Reporte del médico
 - Resultados de diagnósticos y exámenes de laboratorio
 - Recetas médicas
 - Solicitud de equipo médico
3. Adjunte todos los recibos originales. Por ejemplo:
 - Facturas
 - Comprobantes de pago
4. Envíe la solicitud de reembolso a más tardar 180 días después de la fecha de servicio a:
Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros
Av. República de El Salvador
N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 Quito - Ecuador
Tel.: (593-2) 396 5600
Fax: (593-2) 396 5650