BUPA GLOBAL HEALTH PLAN CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

BUPA PANAMÁ

BUPA GLOBAL HEALTH PLAN
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

En este documento, y tal como se describe en el "Glosario", el término "Aseguradora" se refiere a Bupa Panamá, S. A. y el término "Asegurado Titular" se refiere al asegurado principal nombrado en la solicitud de seguro de salud.

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

CLÁUSULA 1: BENEFICIOS

Cláusula 1.1: Límites de los beneficios: Existen tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan:

- 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 de su Bupa Global Health Plan.

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.

Cláusula 1.2: La Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan 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. Por favor consulte la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan para detalles sobre los beneficios cubiertos de su plan específico y para saber si su plan proporciona cobertura únicamente dentro de la Red de Proveedores. Si es así, no se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la Red de Proveedores, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.

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 antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios descritos en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

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.

CLÁUSULA 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: Actividades y deportes peligrosos: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier actividad o deporte peligroso ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

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

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

Cláusula 2.9: Almacenamiento de tejidos: Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

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

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

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

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

Cláusula 2.13: Conflicto y desastre: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil,

actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:

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

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

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

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

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

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

Cláusula 2.19: Embarazos no cubiertos: Todo tratamiento o servicio a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto y sus complicaciones, tal como se indica en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

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

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

Cláusula 2.22: Exámenes de diagnóstico 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 2.23: Exámenes y dispositivos visuales y auditivos: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

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

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

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

(a) Que no sea médicamente necesario, o

(b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o

(d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, 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 2.27: Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido,

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

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

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

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

Cláusula 2.31: Medicina alternativa: Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

Cláusula 2.32: Medicamentos coloquialmente conocidos como chinos: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de 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 2.33: Medicamentos sin receta: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como tampoco Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.

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

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

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

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

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

Cláusula 2.39: Trastornos refractivos: Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

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

- **fertilización in-vitro (IVF)**

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

Cláusula 2.41: Tratamiento dental: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de 30 (treinta) días de la fecha de un accidente cubierto, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

Cláusula 2.42: 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 2.43: 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 2.44: 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, al menos que se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

Cláusula 2.45: 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 2.46: 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 2.47: 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 2.48: 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 2.49: Tratamientos realizados por familiares: Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

Cláusula 2.50: Actos negligentes: Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

Cláusula 2.51: Prótesis Capilar (Peluca): estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

(a) No sean pre-autorizados por la aseguradora.

(b) Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

Cláusula 2.52: Eutanasia o muerte asistida: Esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades (voluntaria activa, voluntaria pasiva o suicidio asistido), incluso si en el país donde se encuentre el asegurado dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.

CLÁUSULA 3: ADMINISTRACIÓN GENERAL

Cláusula 3.1: Comienzo y fin de la cobertura: Sujeto a las Condiciones Generales de la póliza entre la Aseguradora y el Asegurado Titular, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:

(a) La cobertura comienza en la fecha del inicio de vigencia indicada en el Certificado de Cobertura que la Aseguradora le extiende al Asegurado Titular por el período continuo de la póliza, siempre que se hubiese pagado la prima o primera fracción de dicha prima.

(b) El Asegurado Titular puede cancelar su póliza, o la cobertura de cualquiera de sus dependientes, en cualquier momento con previo aviso de 30 (treinta) días calendario. La Aseguradora no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El Asegurado Titular es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.

(c) La Aseguradora puede cancelar una póliza:

   i. Si el Asegurado Titular no paga la prima correspondiente al final del período de gracia y el período de suspensión, según lo estipulado en las Cláusulas 6.2 y 6.3 de este documento.

   ii. Si un asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en la Cláusula 13.1 de este documento.

(d) **La Aseguradora puede cancelar o rescindir una póliza si existe evidencia de que el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. Esto incluye el proporcionar información falsa o inexacta y ocultar información necesaria para la Aseguradora, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la Aseguradora, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la Aseguradora al decidir:**

   i. Si un asegurado puede agregarse a la póliza como dependiente.

   ii. La cantidad de la prima que el Asegurado Titular debe pagar.

   iii. Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación.

(e) La Aseguradora se reserva el derecho de no emitir 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 emitir dicha póliza infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la Aseguradora o cualquier de las entidades relacionadas a la Aseguradora.

Cláusula 3.2: Elegibilidad: La póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República de Panamá con una edad máxima de setenta y cuatro (74) años cumplidos y mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo la póliza. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado Titular se mantenga en la República de Panamá. Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado Titular en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a Panamá, y conllevará a la posible terminación de cobertura si el Asegurado Titular se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Titular y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el Asegurado Titular ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

La cobertura de esta póliza está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Titular hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Aseguradora y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora Asegurado Titular antes de terminar el período de gracia para el pago de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente. Lo anterior siempre y cuando el dependiente solicite su póliza con la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que dejó de ser integrante de la póliza original.

Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o se muda a otro país de residencia, o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la póliza, la que ocurra primero. 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.

Cláusula 3.3: El Asegurado Titular puede solicitar la inclusión de su cónyuge o compañero(a) doméstico(a) e hijo(s) como dependientes bajo su póliza en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en el Certificado de Cobertura que la Aseguradora extiende al Asegurado Titular. Para solicitarlo, deberá llenar una solicitud de seguro de salud.

Cláusula 3.4: Moneda: Todos los límites de los beneficios se expresan en US$ (moneda de curso legal de los Estados Unidos de América) y se computan de acuerdo al tipo de cambio en la fecha del servicio.

Cláusula 3.5: Domicilio: Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Titular deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. La falta de cumplimiento de esta condición podrá acarrear la cancelación de la póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra la Aseguradora. Se fija como domicilio de las partes la República de Panamá.

Cláusula 3.6: Residencia en el país: Para tener derecho a la cobertura establecida en los Términos y Condiciones de la póliza, el Asegurado (principal y dependientes) deberá ser residente y vivir de manera permanente en el país declarado en la Solicitud de Seguro.

La Aseguradora considera país de residencia aquel declarado en la Solicitud de Seguro y que: i. el Asegurado (principal y dependientes) resida de manera física y/o permanente por ciento ochenta (180) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos; ii. u otro lugar dispuesto de acuerdo con las condiciones particulares de la Póliza.

Esta póliza no será emitida y/o renovada, no está disponible, ni provee cobertura a Asegurados que residen o residan en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos (sin importar el tipo de visa o estado migratorio del Asegurado (principal y/o dependientes), a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares de la póliza).

Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora, a su discreción, se reserva el derecho de: terminar la cobertura, evaluar la elegibilidad, cancelar de manera anticipada, o no renovar la póliza, en caso de que cualquier Asegurado (principal o dependientes) resida de manera física o permanente (sin importar el tipo de visa o estatus migratorio) en otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.

CLÁUSULA 4: CONTRATO

Cláusula 4.1: Esta póliza es un contrato de seguro entre el Asegurado Titular y la Aseguradora con validez por cada año póliza.

Si la póliza es renovada, se forma un nuevo contrato bajo los mismos términos que el año póliza anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al Asegurado Titular en el momento de la renovación.

Cláusula 4.2: Ninguna otra persona, incluyendo a los dependientes, podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este contrato de seguro. Los dependientes pueden hacer uso del proceso de quejas establecido en la Cláusula 19.

Cláusula 4.3: Este contrato de seguro se compone de, y constituye el contrato completo entre la Aseguradora y el Asegurado Titular:

- las Condiciones Generales de la póliza,
- las Condiciones Particulares de la póliza, las cuales tienen prelación sobre las Condiciones Particulares de la póliza,
- la solicitud de seguro de salud,
- el Certificado de Cobertura que la Aseguradora extiende al Asegurado Titular, y
- cualquier endoso, anexo o enmienda.

Cláusula 4.4: Cesión: Esta póliza no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la Aseguradora.

CLÁUSULA 5: COBERTURA

Cláusula 5.1: La Aseguradora únicamente cubrirá los gastos relacionados con los beneficios cubiertos, de conformidad con lo establecido en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

Cláusula 5.2: Su póliza contempla el pago de un deducible anual obligatorio, el cual está especificado en el Certificado de Cobertura.

El deducible anual aplica por separado al Asegurado Titular y a cada uno de sus dependientes. Tanto el Asegurado Titular como cada uno de sus dependientes deberán cubrir el deducible anual correspondiente, el cual es reinstalable cada año póliza. 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.

Si corresponde el pago del deducible anual, el Asegurado Titular será responsable por el pago del deducible correspondiente a cada asegurado cubierto bajo su póliza directamente al proveedor hasta alcanzar el total del deducible anual correspondiente. Deberá cubrirse el deducible antes de que inicie la responsabilidad de la

Aseguradora de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada.

Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan no se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible anual.

Aun cuando la cantidad que el Asegurado Titular esté reclamando sea menor que el total del deducible anual, el Asegurado Titular debe enviar a la Aseguradora su reclamación para que la Aseguradora sepa cuándo el asegurado correspondiente ha cubierto su deducible anual.

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. Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado.

En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente, si así se especifica en las Condiciones Particulares. 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 la Aseguradora 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.

Cláusula 5.3: Si se hiciera necesario por cualquier razón que la Aseguradora pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad sujeta a deducible anual, la Aseguradora procederá para obtener posteriormente dicho pago del Asegurado Titular. El Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora para obtener dicho pago por medio del acuerdo de pago con débito directo o con tarjeta de crédito que haya sido proporcionado en la solicitud o que haya sido actualizado posteriormente.

Ya que esta póliza está sujeta a un deducible anual, el Asegurado Titular deberá asegurarse de que la Aseguradora tenga una autorización actualizada para pago con débito directo o con tarjeta de crédito que permita a la Aseguradora proceder a obtener pago por cualquier deducible que haya cubierto en nombre del Asegurado Titular. El Asegurado Titular deberá actualizar la información para pago con débito directo o con tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite la Aseguradora. De lo contrario, la Aseguradora se reserva el derecho de no pagar ninguna reclamación hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier deducible pendiente.

Cláusula 5.4: El asegurado deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan. El asegurado deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días calendario siguientes a la fecha de la pre-autorización original.

Para realizar la evaluación y coordinación del pago directo al proveedor, se recomienda que el asegurado notifique a la Aseguradora por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el tratamiento de emergencia dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del asegurado notificar a la Aseguradora en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la Aseguradora en caso de haberse notificado el accidente a tiempo.

Además, en caso de accidente, no corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece en las Condiciones Particulares.

Los detalles sobre cómo obtener pre-autorización para ciertos beneficios cubiertos están disponibles en la Guía de Bienvenida.

Cláusula 5.5: Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la Aseguradora podrá solicitar al asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de la Aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará a la Aseguradora un reporte médico sobre el estado de salud del asegurado.

Cuando la Aseguradora así lo solicite, el asegurado deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con la Aseguradora en tiempo oportuno, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los resúmenes clínicos y reportes médicos, podrá resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el asegurado no coopera con la Aseguradora para proporcionarle toda la información necesaria para que la Aseguradora esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de la Aseguradora queden extinguidas, y por ende, la Aseguradora no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.

Cláusula 5.6: Pagos discrecionales: Puede ser que en algunas ocasiones, la Aseguradora pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta póliza. Estos pagos son llamados pagos discrecionales o "ex gratia". Cualquier pago ex gratia se hará a única y a completa discreción de la Aseguradora y el cual nunca sobrepasará la suma total asegurada correspondiente a esta póliza. El hecho de que la Aseguradora decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o ex gratia no implica modificación tácita del presente contrato, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la Aseguradora esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.

Cláusula 5.7: En caso de que la Aseguradora efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al Asegurado Titular por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta póliza, la Aseguradora se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al Asegurado Titular.

Cláusula 5.8: Condiciones preexistentes: Para efectos 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. Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la Aseguradora. Las mismas se detallan en sus documentos de póliza al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y póliza contratada..

(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 la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado Titular de conformidad con el artículo 1000 del Código de Comercio.

Cláusula 5.9 Pago de reclamos no cubiertos: La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

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

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

CLÁUSULA 6: PRIMAS

Cláusula 6.1: Pago de la Prima: El Asegurado Titular deberá pagar las primas directamente a la Aseguradora. Si el Asegurado Titular paga sus primas a otra persona, como un intermediario o corredor de seguros, la Aseguradora no se hace responsable de que dicha persona haga el pago correspondiente a la Aseguradora.

El asegurado debe cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la póliza. El incumplimiento de esto traerá consigo que la póliza no entre en vigencia y por tanto no haya cobertura sin necesidad de declaración judicial alguna.

Cláusula 6.2: Período de Gracia: Si la Aseguradora no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta póliza que el Asegurado Titular deba a la Aseguradora en la fecha de vencimiento del pago, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada.

Cláusula 6.3: Período de Suspensión: Terminado el período de gracia de que trata la Cláusula anterior, de pleno derecho y forma automática, la póliza entrará en un período de suspensión por un plazo de hasta sesenta (60) días calendario. Durante este período de suspensión el asegurado no tendrá derecho a ninguna cobertura amparada bajo esta póliza.

Las reclamaciones por gastos cubiertos incurridos durante el período de suspensión de cobertura no estarán amparadas por la póliza.

CLÁUSULA 7: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA

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 aparez-

ca 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.

CLÁUSULA 8: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO TITULAR

Cláusula 8.1: El Asegurado Titular podrá cancelar esta póliza por cualquier razón enviando una notificación a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días de haber recibido su primer Certificado de Cobertura o de la fecha de renovación de su póliza, siempre y cuando no haya presentado una reclamación válida o recibido ningún beneficio bajo esta póliza durante el año póliza en curso. Si el Asegurado Titular cancela la póliza durante este período de treinta (30) días, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad completa de la prima pagada para ese año póliza.

Cláusula 8.2: Si el Asegurado Titular ha agregado a un dependiente a su póliza, también podrá cancelar esa adición notificando a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días después de haber recibido su Certificado de Cobertura que incluye al nuevo dependiente. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho dependiente o dicho dependiente no haya recibido ningún beneficio bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad completa de la prima adicional que el Asegurado Titular haya pagado.

Cláusula 8.3: Si el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes fallecen, se le deberá notificar a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes.

Al fallecimiento del Asegurado Titular, cualquier adulto dependiente podrá solicitar convertirse en Asegurado Titular por su propio derecho, e incluir a sus propios dependientes.

Si el Asegurado Titular falleciera y ningún adulto dependiente ha solicitado convertirse en Asegurado Titular, esta póliza será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida y no se han recibido beneficios bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará la parte de la prima correspondiente al período después de que terminó la cobertura.

Si un dependiente fallece, su cobertura bajo esta póliza terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho dependiente o dicho dependiente no haya recibido ningún beneficio bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho dependiente que el Asegurado Titular haya pagado para del período siguiente a la terminación de la cobertura.

CLÁUSULA 9: CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Cláusula 9.1: Prueba de reclamación: El Asegurado Titular deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados a la dirección de la Aseguradora en P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. La acción para presentar cualquier reclamación bajo la presente póliza prescribe en un (1) año conforme lo establecido en el Código de Comercio de la República de Panamá y sujeto a las condiciones establecidas en la Ley 12 de 2012. El no cumplir con esta

condición resultará en la denegación de la reclamación. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 1 año a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 1 año a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

Cláusula 9.2: Pago de reclamaciones: La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, dentro de un máximo de treinta (30) días calendario después de que el Asegurado Titular haya presentado la solicitud de reembolso, junto con los documentos necesarios según la Cláusula 9.1 para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el Asegurado Titular confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

Cláusula 9.3: El objetivo de la Aseguradora es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta póliza cuando sea posible.

De lo contrario, el asegurado deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la Aseguradora, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el asegurado está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la Aseguradora, el asegurado deberá proporcionar las facturas originales.

La Aseguradora no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la Aseguradora después de un (1) año siguiente a la fecha del tratamiento o servicio, a menos de que haya una razón válida y de peso por la cual no fue posible para el asegurado presentar la documentación antes.

La Aseguradora no está en posibilidad de regresar documentación original al asegurado; sin embargo, la Aseguradora podrá enviarle copia de los mismos.

Cláusula 9.4: Cuando el Asegurado Titular ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una reclamación válida, la Aseguradora procederá con el reembolso al Asegurado Titular. La Aseguradora podrá pagar a un asegurado dependiente solamente cuando el asegurado dependiente que ha recibido los servicios es mayor de edad y la Aseguradora cuenta con los datos de su cuenta bancaria.

La Aseguradora solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del asegurado o por medio de un cheque pagadero al Asegurado Titular.

La Aseguradora cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al asegurado un costo administrativo, la Aseguradora reembolsará dicha cantidad cuando el asegurado proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del asegurado, a menos de que el asegurado haya pagado debido a un error de la Aseguradora.

Cláusula 9.5: En caso de que el Asegurado Titular fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero legal del Asegurado Titular declarado por tribunal competente. La Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al Asegurado Titular.

Cláusula 9.6: La Aseguradora solamente pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos.

Cuando la Aseguradora convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la Aseguradora en su página web.

Cláusula 9.7: En caso de reembolso, la Aseguradora pagará al Asegurado Titular la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora 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 Titular. En caso de que el Asegurado Titular fallezca, la Aseguradora pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado Titular.

Para pago directo o reembolso, la Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del pago antes de: (1) aprobar un pago directo, o (2) reembolsar al Asegurado Titular.

Cláusula 9.8: La Aseguradora no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta 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. La Aseguradora generalmente informará al Asegurado Titular cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la Aseguradora.

CLÁUSULA 10: SUBROGACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y OTROS SEGUROS

Cláusula 10.1: Si existen dos (2) o más pólizas de salud que cubran el mismo riesgo, el Asegurado podrá elegir cuál utilizará como seguro primario y determinar el orden en que participarán los seguros restantes cuando el seguro primario no cubra la totalidad de los gastos incurridos, de acuerdo a la Resolución N° DG-SSRP-020 de 30 de diciembre de 2024.

El Asegurado queda obligado a informar a la Aseguradora la existencia de otras pólizas las cuales también provean beneficios similares a los cubiertos por esta póliza. Existiendo otras pólizas anteriores o posteriores a la fecha efectiva de la presente póliza que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada, el Asegurado puede elegir voluntariamente la póliza a utilizar cuando haya concurrencia entre ellas.

Sin embargo, si la primera póliza seleccionada por el Asegurado o las que en orden de antigüedad le anteceden o siguiesen, no cubriesen dicho valor o solo lo cubriesen parcialmente, la presente segunda póliza seleccionada por el Asegurado responderá por la diferencia, sujeto a los límites de cobertura, términos, condiciones, deducibles, copagos y demás contemplados en la misma.

La siguiente documentación es requerida para coordinar beneficios si nuestra póliza actúa como secundaria por elección voluntaria del Asegurado: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha del servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

Asimismo, el Asegurado no podrá recibir o beneficiarse de un doble pago por la misma factura o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o de gastos médicos.

Cláusula 10.2: Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los beneficios cubiertos de un asegurado, la Aseguradora podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho asegurado.

El asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora cualquier ayuda necesaria para que la Aseguradora pueda gestionar dicha reclamación; por ejemplo:

- proporcionar documentos o declaraciones de testigos;
- firmar documentos legales que sean necesarios, y
- someterse a una evaluación médica.

La Aseguradora podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del asegurado antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza.

El Asegurado se compromete a que no tomará ninguna acción, aceptará ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la Aseguradora para gestionar una reclamación en nombre del asegurado.

CLÁUSULA 11: RENOVACIÓN

Cláusula 11.1: La Aseguradora informará al Asegurado Titular si esta póliza está disponible para renovación para el siguiente año póliza con anticipación a la fecha de renovación.

Cada año póliza, la Aseguradora podrá cambiar la forma como calcula las primas, como determina las primas, lo que el Asegurado Titular debe pagar y el método de pago. La Aseguradora también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta póliza.

La Aseguradora enviará al Asegurado Titular una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el Asegurado Titular decide no renovar su póliza, deberá contactar a la Aseguradora durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la renovación de la póliza.

A menos que el Asegurado Titular se comunique con la Aseguradora para expresar su deseo de no renovar la póliza, la Aseguradora considerará que el asegurado ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el Asegurado Titular haya proporcionado a la Aseguradora.

Cláusula 11.2: 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.

La Aseguradora informará al Asegurado Titular y/o contratante con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan si el Asegurado Titular y/o contratante no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de la Aseguradora.

Cláusula 11.3: En caso de que la Aseguradora decida renovar esta póliza, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en Certificado de Cobertura, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado. Sin embargo, si el Asegurado Titular decide cambiar de plan de seguro, la Aseguradora se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.

CLÁUSULA 12: CAMBIOS A LA PÓLIZA

Cláusula 12.1: Salvo lo expresamente estipulado en esta Cláusula, únicamente la Aseguradora y el Asegurado Titular podrán modificar esta póliza. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la Aseguradora. Todas las modificaciones o endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la Aseguradora.

Cláusula 12.2: Si el Asegurado Titular solicita agregar un dependiente a su póliza, la Aseguradora evaluará el historial médico de dicha persona. La Aseguradora podrá decidir no agregar a dicha persona como dependiente en la póliza, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones especiales. La Aseguradora podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del dependiente. El Asegurado Titular deberá pagar una prima adicional por dicho dependiente. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico o sin pagar prima (y de acuerdo con cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

Cláusula 12.3: Al ser una póliza con vigencia anual, el Asegurado Titular únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación. Éste debe ser notificado por escrito y la Aseguradora deberá recibir la solicitud antes de la fecha de aniversario.

Cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

(a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado (a excepción de los deducibles acumulados) no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

(b) El periodo de espera para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén transcurriendo durante el cambio no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan.

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

(d) anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.

(e) No obstante lo anterior, la Aseguradora podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada.

Cláusula 12.4: La Aseguradora podrá hacer modificaciones a la póliza durante el año póliza solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los asegurados con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la Aseguradora. Cuando este sea el caso, la Aseguradora notificará al Asegurado Titular por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.

Cláusula 12.5: La Aseguradora podrá dar por terminada esta póliza inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la Aseguradora y/o el Asegurado Titular pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.

Cláusula 12.6: Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el Asegurado Titular la Aseguradora y sea hecho constar por un endoso a la póliza, firmado por ambas partes.

CLÁUSULA 13: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

Cláusula 13.1: El Asegurado Titular deberá informar a la Aseguradora inmediatamente si se muda a otro país o si cambia su país de residencia especificado o su nacionalidad especificada. Esta póliza terminará si la ley del país a donde se mude el Asegurado Titular, o su país de residencia o de nacionalidad, o cualquier otra ley aplicable a la Aseguradora o a esta póliza le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.

Cláusula 13.2: El Asegurado Titular deberá informar a la Aseguradora inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la Aseguradora seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el Asegurado Titular haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.

CLÁUSULA 14: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA

Cláusula 14.1: La responsabilidad de la Aseguradora bajo esta póliza es proporcionar al asegurado cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar tratamientos en nombre del asegurado relacionados con sus beneficios cubiertos. La Aseguradora no proporciona los tratamientos médicos.

Cláusula 14.2: El Asegurado Titular designa a la Aseguradora para actuar como su representante, en su nombre y el de sus dependientes, para gestionar citas médicas o coordinar la prestación de ciertos beneficios cubiertos cuando el Asegurado Titular así lo solicite expresamente y por escrito. La Aseguradora desempeñará la función de representante con el mayor cuidado posible.

Cláusula 14.3: El Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora para actuar como su representante, en su nombre y el de sus dependientes, si por cualquier razón el Asegurado Titular no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la Aseguradora con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), para:

- tomar una decisión que la Aseguradora considere que está en el mejor interés del asegurado (de acuerdo con su cobertura bajo esta póliza);
- proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el asegurado que la Aseguradora considere apropiada bajo las circunstancias; y/o
- recibir instrucciones de la persona que la Aseguradora considere la más apropiada (por ejemplo, un familiar, el médico tratante, o el empleador).

Cláusula 14.4: Mientras la Aseguradora actúe como representante del Asegurado Titular, la Aseguradora podrá desempeñar dicha función a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.

CLÁUSULA 15: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO

Cláusula 15.1: Ni la Aseguradora ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el asegurado en virtud de la prestación de los beneficios cubiertos por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. El Asegurado Titular podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.

Cláusula 15.2: Los derechos legales del Asegurado Titular no se verán afectados, si éste decide presentar una queja como se estipula en la Cláusula 19.

CLÁUSULA 16: RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

Cláusula 16.1: En esta Cláusula 16, cuando se hace referencia al Asegurado Titular, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier dependiente, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho dependiente.

Cláusula 16.2: El Asegurado Titular y cualquiera de sus dependientes deberán:

- abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o exagerada, o presentar una reclamación falsa bajo esta póliza;
- abstenerse de enviar a la Aseguradora documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o
- abstenerse de proporcionar a la Aseguradora información cuando el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes sepan que el no hacerlo facultará a la Aseguradora para denegar el pago de una reclamación bajo esta póliza.

Cláusula 16.3: En caso de no cumplimiento con la Cláusula 16.2, la Aseguradora se reserva el derecho de:

- **negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o**
- **recuperar cualquier pago que la Aseguradora ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación.**

Adicionalmente, si el Asegurado Titular no cumple con lo estipulado en la Cláusula 16.2, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que su póliza ha sido cancelada por incumplimiento de la Cláusula 16.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima.

Si solamente uno de los dependientes infringe lo estipulado en la Cláusula 16.2, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que la cobertura bajo esta póliza del dependiente en particular ha terminado por incumplimiento de la Cláusula 16.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este dependiente.

CLÁUSULA 17: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

Cláusula 17.1: En esta Cláusula 17, cuando se hace referencia al Asegurado Titular, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier dependiente, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho dependiente.

Cláusula 17.2: El Asegurado Titular y cualquiera de sus dependientes deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la Aseguradora sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la solicitud de seguro de salud y para cualquier renovación, extensión o modificación a esta póliza. El Asegurado Titular deberá notificar a la Aseguradora sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la póliza.

El Asegurado Titular (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los dependientes que le sea proporcionada a la Aseguradora.

Cláusula 17.3: Si el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes:

- deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la Aseguradora, y/o
- no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la Aseguradora (por ejemplo, si el asegurado responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la Aseguradora habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta póliza para el asegurado si la Aseguradora hubiese contado con la información correcta, la Aseguradora se reserva el derecho de ejercer sus derechos, definidos en la Cláusula 17.4 a continuación.

Cláusula 17.4: En los casos donde aplique la Cláusula 17.3 anterior:

- cuando el Asegurado Titular ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en la Cláusula 17.3, la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar esta póliza. Esto significa que la Aseguradora considerará esta póliza sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso;
- cuando solamente uno de los dependientes ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en la Cláusula 17.3, la Aseguradora se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la póliza que proporciona cobertura a dicho dependiente. Esto significa que la Aseguradora considerará a dicho dependiente sin cobertura válida bajo esta póliza a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la fecha de renovación de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso.

Cláusula 17.5: Cuando el Asegurado Titular ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la Aseguradora la información requerida, pero no aplica lo estipulado en la Cláusula 17.3, y la Aseguradora habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:

- La Aseguradora se reserva el derecho de considerar esta póliza como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la Aseguradora solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una póliza que incluya los términos y condiciones diferentes que la Aseguradora hubiera estipulado, y
- La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducido proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora solamente pagaría la mitad de la reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado el doble de la prima.

Cláusula 17.6: Cuando solamente uno de los dependientes ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la Aseguradora la información requerida, pero no aplica lo estipulado en la Cláusula 17.3, y la Aseguradora hubiese proporcionado cobertura para ese dependiente bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:

- La Aseguradora se reserva el derecho de considerar esta póliza como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la Aseguradora solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una póliza que incluya los términos y condiciones diferentes que la Aseguradora hubiera estipulado, y
- La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho dependiente si la Aseguradora hubiese cobrado una prima más alta para dicho dependiente. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora solamente pagaría la mitad de la reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado el doble de la prima.

CLÁUSULA 18: AVISO DE PRIVACIDAD

Cláusula 18.1: La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados seriamente.

La Aseguradora en ocasiones usa los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que puede llevarse a cabo fuera de su jurisdicción en países donde no se ofrece el mismo nivel de protección que el de la Aseguradora, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.

Si el Asegurado Titular se transfiere a otro seguro de la Aseguradora u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la Aseguradora compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la póliza del Asegurado Titular.

La Aseguradora podrá compartir la información de los dependientes con el Asegurado Titular, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de beneficios cubiertos.

Tanto el formulario de solicitud de seguro de salud como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la Aseguradora procesa la información personal de los Asegurados, y a través de dichos documentos la Aseguradora solicita la autorización del Asegurado Titular para procesar su información personal, así como la de sus dependientes. El Asegurado Titular puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la Aseguradora en www.bupasalud.com.

CLÁUSULA 19: QUEJAS

Cláusula 19.1: Apelación de reclamaciones: En caso de un desacuerdo entre el Asegurado Titular y/o sus dependientes y la Aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el Asegurado Titular y/o sus dependientes deberán solicitar una revisión del caso al Ejecutivo responsable del Sistema de Atención de Controversias de la Asegurador, presentando su caso al correo electrónico controversias@bupalatinamerica.com antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas quejas o apelaciones deben ser presentadas al Ejecutivo responsable del Sistema de Atención de Controversias de la Aseguradora en las oficinas de la Aseguradora: Bupa Panamá, S. A., ubicadas en P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá. Al recibir la petición, el Ejecutivo responsable determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el Ejecutivo del Sistema de Atención de Controversias notificará al Asegurado Titular y/o sus dependientes sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.

Cláusula 19.2: Las partes se someten a las leyes panameñas así como a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramiento si lo consideran conveniente a sus intereses.

El Asegurado Titular confiere jurisdicción exclusiva en la República de Panamá para determinar cualquier derecho bajo esta póliza. La Aseguradora y el Asegurado Titular también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados.

CLÁUSULA 20: JURISDICCIÓN Y ACCIÓN LEGAL

Cláusula 20.1: Esta póliza está sujeta a las leyes de la República de Panamá. Cualquier disputa que no pueda ser resuelta por otros medios será considerada por los tribunales correspondientes en la República de Panamá.

Cláusula 20.2: En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta póliza debido al lenguaje, la versión en español tendrá procedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

Cláusula 20.3: En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, esta póliza se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

CLÁUSULA 21: GLOSARIO

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y violenta que puedan ser determinadas 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 siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza**.

ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

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, por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

AMBULANCIA TERRESTRE: Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del asegurado hacia un hospital.

AÑO CALENDARIO: Del 1ero de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de 12 (doce) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de 12 (doce) meses.

ASEGURADO TITULAR: La persona solicitante nombrada 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.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora. El término “asegurado” incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADORA: Bupa Panamá, S. A., sociedad anónima inscrita al Folio Electrónico Registral 819700 de la sección mercantil del Registro Público y que cuenta con licencia de Seguros emitida por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

BENEFICIOS CUBIERTOS: Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan.

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha del inicio de vigencia, el deducible contratado, la suma asegurada, el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el Asegurado Titular, y que además enumera a todas las personas cubiertas por la póliza de seguro.

COASEGURO: El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el Asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su Tabla de Beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

COASEGURO MAXIMO (Stop Loss): El coaseguro máximo es la suma total de dinero o moneda por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la Aseguradora pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el Asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.

COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A): Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Titular ha establecido una relación de vida doméstica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: 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, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Son aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del contrato, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un médico o doctor legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o dolencia de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o dolencias por los que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el tratamiento médico de la enfermedad o dolencia de que se trate.

La Aseguradora podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o dolencia alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto los contemple. Si el producto anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios. El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

CONTRATANTE: La persona que firma la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.

CONTRATO: El presente contrato celebrado entre la Aseguradora y el contratante, bajo el cual la Aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al Asegurado Titular por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurra.

COPAGO: El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo Asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios, independientemente de los límites de los beneficios, y el mismo se indica bajo su Tabla de Beneficios.

CRISIS DE ANSIEDAD (INCLUYE ATAQUES DE PÁNICO): La crisis de ansiedad o trastornos de ansiedad (se incluyen los ataques de pánico como forma extrema de esta condición) se pueden definir como la aparición brusca de un sentimiento de aprensión, inquietud, incertidumbre o miedo intenso por un período definido, breve o repetitivo acompañado de síntomas somáticos y/o cognitivos. Es un diagnóstico clínico tratado por un médico mediante fármacos y terapias.

CRISIS PSICÓTICA: Son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Según los criterios establecidos por DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) se caracterizan por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes(son falsas creencias, ejemplo , que alguien va en su contra), alucinaciones(son percepciones falsas ,como escuchar, ver o sentir algo

que no existe) lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que puede debe ser proporcionada por un técnico de la salud o asistente de enfermería.

CUIDADOS INTENSIVOS: Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de tratamiento y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los recién nacidos.

CUIDADOS PALIATIVOS: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para le manejo del dolor.

DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

DEPENDIENTE: Cualquier otra persona diferente del Asegurado Titular cubierta bajo esta póliza y, nombrada en el Certificado de Cobertura.

DESEMBOLSO MAXIMO (OUT OF POCKET MAXIMUM): El desembolso máximo es el monto máximo que el Asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

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).

EMERGENCIA: Enfermedad o dolencia que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

ENDOSO: Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

ENFERMEDAD O DOLENCIA: Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

ENFERMEDAD EPIDÉMICA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

ENFERMEDAD PANDÉMICA: Una enfermedad epidémica que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD): El equipo médico durable (EMD) es equipo médicamente necesario que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características:

(a) ser ordenado por un médico,

(b) ser resistente al uso prolongado,

(c) ser usado para un propósito médico y

(d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias

ESPECIALISTA O MÉDICO IDÓNEO: Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté legalmente calificado para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la enfermedad, dolencia o lesión que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE: Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin signos de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA: Acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO: Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.

EXAMEN DE SALUD GENERAL (CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO): El examen de salud general o chequeo médico preventivo es un examen integral, usualmente anual, y que consiste en la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios para detectar precozmente aquellas enfermedades prevenibles o controlables y reducir el riesgo asociadas a ellas.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha del inicio de vigencia.

FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA: Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en el Certificado de Cobertura.

FONOAUDIÓLOGO: Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o dolencias del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el tratamiento.

GASTOS ELEGIBLES: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios, y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

HOSPITAL O CLÍNICA: 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 para el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, 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.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o dolencia también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.

LÍMITE MÁXIMO: Se establece en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan como la cantidad máxima acumulada por cada año póliza que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza.

LÍMITE VITALICIO: Se establece en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan como la cantidad máxima acumulada de por vida que el asegurado podrá tener como protección durante la vigencia de la póliza, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales.

MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA: Los tratamientos para el mantenimiento artificial de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el tratamiento para mantenimiento artificial de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de descontinuar el tratamiento, lo que produce la muerte.

MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Aseguradora como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, dolencia 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, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, tratamiento del asegurado; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; (d) Cae fuera del alcance

de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

MÉDICO O DOCTOR: Profesional idóneo y 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 idóneas y legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

NOTIFICACIÓN: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

NUTRICIONISTA: Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el tratamiento.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA: Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

PACIENTE AMBULATORIO: Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital únicamente durante el día.

PAÍS DE NACIONALIDAD: El país que le ha otorgado nacionalidad al Asegurado Titular y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país en el que el Asegurado Titular ha manifestado en el formulario de Solicitud de Seguro de Salud que mantiene su residencia fija, o en su defecto su país de origen, o el lugar que hubiese informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.

PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios de su Bupa Global Health Plan. Los beneficios con período de espera específicos no se eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.

PERÍODO DE GRACIA: El período de tiempo de 30 (treinta) días calendario después de la fecha de vencimiento de pago de la fracción de prima, durante el cual el asegurado tendrá derecho a cobertura y al pago de beneficios bajo la póliza.

PERÍODO DE SUSPENSIÓN: Periodo de tiempo de 60 (sesenta) días calendario inmediatamente posterior al vencimiento del periodo de gracia en el que se suspenden las coberturas de la póliza. Por tanto, la Aseguradora no pagará ni reconocerá los beneficios bajo esta póliza sobre siniestros ocurridos durante este periodo de suspensión.

PÓLIZA: Su contrato de seguro con la Aseguradora, incluyendo las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, tal como está descrito en la Cláusula 4.3.

PRÓTESIS CAPILAR (PELUCA): La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.

PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA: Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nih.ac.uk).

PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA: Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el tratamiento.

QUINESIÓLOGO: Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple 31 (treinta y un) días de vida.

RED DE PROVEEDORES: Hospitales y médicos con los que la Aseguradora tiene convenios y donde el asegurado puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida.

(a) La Red de Proveedores está disponible en la Aseguradora o en su página web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

(b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la Red de Proveedores, todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por la Aseguradora.

(c) En los casos en los que la Red de Proveedores no esté especificada en el país de residencia del asegurado, no existirá restricción sobre los proveedores que el asegurado podrá utilizar en su país de residencia.

REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA): Tratamiento o una combinación de varios tratamientos de terapias como física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

RENOVACIÓN: Cada aniversario de la fecha en que el Asegurado Titular contrató la póliza de seguro.

RESIDENTE: Persona que reside en, o asiste habitualmente a, un país en el que mantiene intereses formales comprobables dentro de su territorio, tales como propiedades inmuebles, participación en empresas u otras inversiones u otras razones laborales o que ha recibido un estatus migratorio temporal o permanente por parte de las autoridades correspondientes del país.

SIGNOS: Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o dolencia constatadas por el médico o doctor tratante.

SÍNTOMA: Referencia que da un asegurado al médico o doctor tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD: Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Aseguradora para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por la Aseguradora, su historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

SUMA ASEGURADA: Monto en dólares americanos asignada por asegurado y por año póliza, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República de Panamá como en el extranjero, por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas bajo la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas, ocurridos durante el mismo año póliza. Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por asegurado, por año póliza, para los gastos incurridos por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por asegurado, por año póliza.

TABLA DE BENEFICIOS: Listado que forma parte de las Condiciones Generales de la póliza que incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en el Certificado de Cobertura.

TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA: Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) enfermero(a), como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de cuidado asistencial para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL): Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el asegurado esté recibiendo el tratamiento.

TERAPEUTA COMPLEMENTARIO: Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el tratamiento.

TRASPLANTE: Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

TRATAMIENTO: Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el asegurado recupere, restablezca o conserve su estado de salud.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: Tratamiento suministrado en el hospital, consultorio, oficina del médico o doctor, o clínica para pacientes ambulatorios en donde el asegurado no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el tratamiento.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una condición 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.

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.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: Tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE: Es el costo máximo que la Aseguradora pagará por todos los gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la Aseguradora tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el tratamiento.

Código: Bupa Elite 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 la siguiente Resolución Número GLOBAL ELITE DRLA-073 DE 11 DE OCTUBRE DE 2024.

Código: Bupa Premier 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 la siguiente Resolución Número DRLA-072 DE DE 11 DE OCTUBRE DE 2024.

Código: Bupa Select 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 la siguiente Resolución Número GLOBAL SELECT DRLA-074 DE 11 DE OCTUBRE DE 2024.

Código: Bupa Ultimate 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 la siguiente Resolución Número GLOBAL ULTIMATE DRLA-079 DE 06 DE NOVIEMBRE DE 2024.

Código: Bupa Mejor Medical 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 la siguiente Resolución Número DRLA-078, de fecha 06 DE NOVIEMBRE DE 2024.