



TÉRMINOS Y CONDICIONES

CORPORATE CARE

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA 1 CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA:

En las Condiciones Generales de la Póliza, tal como se describe en la sección “Definiciones”, el término “Aseguradora” se refiere a “Bupa Panamá, S. A.”, “Administrador de Grupo” se refiere a “Contratante” y “Membresía” significa “Cobertura del Asegurado bajo la Póliza de Grupo”.

CLÁUSULA 1.1 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA: Sujeto a las condiciones del Contrato entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo, la cobertura comienza y termina como se describe a continuación:

- (a) La membresía comienza en la fecha efectiva indicada las Condiciones Particulares que la Aseguradora le extiende al Asegurado por el período continuo de la membresía actual bajo Corporate Care, según el Contrato.
- (b) El Administrador de Grupo puede cancelar una membresía, o la cobertura de cualquiera de los dependientes, en cualquier momento. La Aseguradora no puede cancelar la membresía de manera retroactiva. El Administrador de Grupo es responsable por el pago de las primas hasta la fecha efectiva de la cancelación.
- (c) **La Aseguradora puede cancelar una membresía:**
 - i. **Si termina el Contrato entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo.**
 - ii. **Si el Administrador de Grupo no renueva la membresía.**
 - iii. **Si el Administrador de Grupo no paga la prima de algún Asegurado o no efectúa cualquier otro pago adeudado según lo estipulado en el Contrato con la Aseguradora.**
 - iv. **Si un Asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en la cláusula 2.16 de las Condiciones Generales de la Póliza.**
 - v. **Si fallece el Asegurado Principal.**
- (d) **La Aseguradora puede cancelar o rescindir una membresía si existe evidencia de que el Asegurado ha engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. Esto incluye el proporcionar información falsa u 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 unirse al grupo.**
 - ii. **La cantidad de la prima que el Administrador de Grupo debe pagar.**
 - iii. **Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación.**

CLÁUSULA 2 ADMINISTRACIÓN GENERAL:

CLÁUSULA 2.1 CONTRATO: La Aseguradora se compromete a proporcionar a los Asegurados los beneficios descritos en el Contrato. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Contrato. El Administrador de Grupo designado contará con el correspondiente nivel de autoridad para desempeñar las responsabilidades administrativas del grupo y pagar las primas. Si el Administrador de Grupo involucrara a una tercera parte para fungir como intermediario, el Administrador de Grupo será el único responsable por los actos u omisiones de dicha tercera parte.

El Contrato está gobernado por las Condiciones Generales de la Póliza y el Certificado Individual acordados entre su Administrador de Grupo y la Aseguradora, el cual cubre los términos y condiciones de su membresía. Esto significa que no hay un contrato legal entre el Asegurado y la Aseguradora.

Las Condiciones Generales de la Póliza junto con (i) la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, (ii) el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo de todos los Asegurados, (iii) el Suplemento Médico de todos los Asegurados, (iv) el Certificado Individual, (v) las Condiciones Particulares de cada Asegurado, y (vi) cualquier anexo de cobertura adicional o enmienda (a los que se refiere en conjunto como el “Contrato”), constituyen el Contrato completo entre la Aseguradora y el

Administrador de Grupo. Ningún reglamento interno de las compañías o acuerdo oral tiene validez sobre el Contrato, a menos de que hayan sido incluidos como parte del Contrato antes de que el Contrato haya sido firmado. Una vez que el Contrato ha sido firmado, los únicos cambios que pueden hacerse al Contrato son los anexos de cobertura adicional, enmiendas o endosos que hayan sido acordados por ambas partes. La Aseguradora puede cancelar, modificar o anular el Contrato si el Administrador de Grupo ha engañado o ha tratado de engañar a la Aseguradora de cualquier forma, ya sea intencionalmente o por descuido.

La Aseguradora no garantiza que los beneficios ofrecidos al grupo bajo el Contrato llenen los requisitos obligatorios en otros países fuera de Panamá donde puedan residir los Asegurados del grupo.

El Contrato solamente puede ser ejecutable por las partes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquéllas que se describen en el Contrato. Este Contrato no puede ser entregado en los Estados Unidos de América.

CLÁUSULA 2.2 DERECHO DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES PARA EXAMINAR EL CONTRATO: El Contrato puede ser devuelto a la Aseguradora durante los diez (10) días hábiles siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el Contrato será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.

CLÁUSULA 2.3 AUTORIDAD: Ningún intermediario, agente o consultor tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios a la membresía en nombre de la Aseguradora, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que el Contrato ha sido firmado, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre el Administrador de Grupo y la Aseguradora, y que el Contrato sea endosado por medio de una enmienda.

CLÁUSULA 2.4 MONEDA: Todos los valores monetarios en las Condiciones Generales de la Póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).

CLÁUSULA 2.5 AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS SOLICITUDES: El Contrato está basado en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, los Formularios de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y el Suplemento Médico, cuando corresponda, y el pago de la prima. Si alguna información en cualquiera de los documentos mencionados anteriormente está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, el Administrador de Grupo y/o el Asegurado Principal deberá proporcionar a la Aseguradora una notificación por escrito con la información correcta. El no cumplir con este requisito podrá resultar en que el Contrato, el Certificado Individual o las Condiciones Particulares sean rescindidos o cancelados, o que la cobertura sea modificada a la sola discreción de la Aseguradora.

CLÁUSULA 2.6 OTROS DOCUMENTOS: Las Condiciones Generales de la Póliza, el Certificado Individual, las Condiciones Particulares y la tarjeta de identificación ofrecen información sobre su cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio en los términos y condiciones acordados entre la Aseguradora y su Administrador de Grupo. El Administrador de Grupo es responsable de informar a los Asegurados sobre cualquier cambio a los términos y condiciones que afecte la membresía. El documento Condiciones Particulares contiene información sobre las condiciones y tratamientos con restricción o exclusión de cobertura—si existe—que correspondan a cualquiera de los Asegurados en base a su historial médico.

CLÁUSULA 2.7 CONFIDENCIALIDAD y PROTECCION DE DATOS PERSONALES: La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de la Aseguradora y sus compañías. La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados muy seriamente. Con este fin, la Aseguradora cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica vigentes en Panamá, así como también en cumplimiento de las leyes de seguros y en la ley de protección de datos personales vigentes en Panamá, y cumple con las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Toda actividad de tratamiento de sus datos personales por parte de Bupa se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por este condicionado general, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.pa/pa-politica-de-privacidad.

La Aseguradora puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, en países en donde posiblemente no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales de su cargo, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por medio de Bupa.

Si el Contratante y/o el Asegurado Titular/Principal se transfiere a otro seguro de la Aseguradora a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras compañías afiliadas, entonces la Aseguradora compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza del Contratante y/o Asegurado Titular/Principal.

La Aseguradora podrá compartir la información de los Dependientes asegurados con el Contratante y/o respectivo con el Asegurado Titular/Principal por medio del cual los Dependientes (actuales o propuestos) hayan sido presentados a la Aseguradora para fines de que sean incorporados bajo los beneficios de cobertura de la póliza. La información de Dependientes antes referida y que puede ser compartida incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.

El Contratante y/o Asegurado Titular puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la Aseguradora, en www.bupalud.com.pa/pa-politica-de-privacidad.

CLÁUSULA 2.8 INSOLVENCIA: La insolvencia, bancarrota, dificultad financiera, plan voluntario de pago a acreedores, o disolución del negocio del Administrador de Grupo no impondrá ninguna responsabilidad sobre la Aseguradora que no haya sido específicamente determinada en el Contrato.

CLÁUSULA 2.9 TÍTULOS: Los títulos en las Condiciones Generales de la Póliza han sido incluidos para referencia únicamente y no afectan su interpretación o construcción.

MEMBRESÍA

CLÁUSULA 2.10 ELEGIBILIDAD: La Aseguradora puede firmar un Contrato de seguro de grupo con compañías legalmente incorporadas en Panamá. Los Asegurados elegibles para cobertura incluyen a empleados vinculados con contrato de trabajo, u otro vínculo con el Asegurado Principal previamente conocido y aceptado por La Aseguradora y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los dependientes elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo Corporate Care, sujeto a evaluación de riesgos del Grupo. No hay una edad máxima para renovación para Asegurados cubiertos bajo el Contrato. El grupo Asegurado debe mantener el requerimiento mínimo de cinco (5) Asegurados Principales para ser elegible para renovación.

De igual manera el grupo asegurado estará obligado a cumplir con el número de titulares y dependientes acordado al inicio de la vigencia de la póliza y mantenerlos hasta el vencimiento de esta, de conformidad a lo que se establezca en las condiciones particulares de cada contrato. El contratante acepta que la Aseguradora estará facultada para realizar ajustes en las condiciones del contrato, en caso de que el número de asegurados acordado, no se cumpla, todo lo cual se detallará en las condiciones particulares de la póliza.

En el caso de grupos con Asegurados que residen en los Estados Unidos de América, ni el Contrato ni las Condiciones Generales de la Póliza están sujetos a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable ("PPACA" por sus siglas en inglés) ni a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados ("ERISA" por sus siglas en inglés) de 1974 tal como ha sido enmendada, y la Aseguradora no está obligada a ofrecer continuación de cobertura según la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto ("COBRA" por sus siglas en inglés) o cualquier otra ley federal o estatal sobre continuación de cobertura en los Estados Unidos de América.

Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el Asegurado Principal ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, u otro vínculo que haya sido aceptado por la Aseguradora, que sean solteros, que hayan sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo y para quienes se proporciona cobertura bajo la membresía.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Principal hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros en el momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza o la siguiente fecha de renovación, la que ocurra primero, después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad.

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 Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la membresía, 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 2.11 CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes no están cubiertas, a menos de que la Aseguradora apruebe lo contrario.

CLÁUSULA 2.12 FIN DE LA COBERTURA A PARTIR DE LA TERMINACIÓN: En caso de terminación por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la Aseguradora solamente será responsable por el tratamiento cubierto bajo los términos del Contrato que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún tratamiento que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto tratamiento adicional sea necesario.

CLÁUSULA 2.13 REEMBOLSOS: Si el Contrato o las Condiciones Particulares de un Asegurado son cancelados luego de haber sido emitidos, rehabilitados o renovados, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima al contratante. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días calendario correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días calendario que el Contrato o las Condiciones Particulares estuvieron en vigor.

CLÁUSULA 2.14 INSCRIPCIÓN INICIAL/ADICIÓN POSTERIOR: Se puede añadir nuevos Asegurados al grupo presentando un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, tal como se indica a continuación:

- (a) Grupos Colectivos: Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y dependientes serán incluidos en el grupo (i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días calendario después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido de una maternidad cubierta será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días calendario siguientes al parto (solamente en Planes de deducibles de US\$0 / US\$1,000 y Plan US\$500 / US\$2,000). Para añadir recién nacidos de una maternidad no cubierta, el Asegurado debe presentar un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y, si corresponde, un Suplemento Médico, y dicha adición estará sujeta a evaluación de riesgo. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de la adición.

- (b) Grupos Experiencia: Los Asegurados Principales y sus y dependientes serán incluidos en base a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo y si las Condiciones Particulares lo contempla (i) a partir de la fecha efectiva de la inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días calendario después de que se haya recibido el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días calendario siguientes al parto.

El Administrador de Grupo se compromete a inscribir a todos los Asegurados Principales elegibles a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del Contrato.

La Aseguradora puede anular la cobertura de un Asegurado Principal y sus dependientes si se comprueba que el Asegurado Principal o sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora.

La Aseguradora puede cancelar la cobertura de un Asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho Asegurado.

CLÁUSULA 2.15 ADICIÓN DE DEPENDIENTES: Si el Administrador de Grupo está de acuerdo, el Asegurado Principal puede solicitar la inclusión de su cónyuge o compañero(a) doméstico(a) e hijo(s) como dependientes bajo su membresía. Para solicitarlo, deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para el Asegurado y el Suplemento Médico (si corresponde).

CLÁUSULA 2.16 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA: El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al cambio. **Un cambio en el país de residencia podrá resultar en la modificación o cancelación de la cobertura, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.**

CLÁUSULA 2.17 CAMBIOS A LA COBERTURA: Los términos y condiciones de la membresía pueden cambiarse en ciertas ocasiones a través del Contrato entre el Administrador de Grupo y la Aseguradora. Todos los cambios estarán sujetos a lo aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Exceptuando los Grupos de Experiencia.

CLÁUSULA 2.18 CAMBIO DE OPCIÓN O PLAN: En la fecha de aniversario del Contrato, el Administrador de Grupo puede solicitar un cambio de opción o plan (deducible) para el grupo completo. Si el cambio es aprobado, la Aseguradora ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de opción o plan para un Asegurado individual no serán aprobados. Para Grupos Colectivos, durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el recién nacido estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción plan o la opción o plan anterior durante los diez (10) meses siguientes a la fecha de vigencia del cambio. Para Grupos Experiencia, los beneficios bajo la nueva opción o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio. Todos los cambios estarán sujetos a lo aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Exceptuando los Grupos de Experiencia.

CLÁUSULA 2.19 CAMBIOS A LAS CONDICIONES PARTICULARES: La Aseguradora enviará un nuevo documento de Condiciones Particulares al Asegurado si:

- (a) Se añade a la membresía otro dependiente, como un hijo recién nacido o un cónyuge, con la aprobación del Administrador de Grupo.
- (b) La Aseguradora necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el Administrador de Grupo o cualquier cambio que la Aseguradora tenga el derecho de hacer.

El nuevo documento de Condiciones Particulares reemplazará cualquier versión anterior que posea el Asegurado a partir de la fecha de efectividad que aparece en el nuevo documento de Condiciones Particulares. Todos los cambios estarán sujetos a lo aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

CLÁUSULA 2.20 ENMIENDAS: Si las Condiciones Particulares han sido emitidas con una enmienda, dicha enmienda pasa a formar parte del Contrato. El Contrato completo incluye todas las enmiendas y anexos de cobertura adicional añadidos por la Aseguradora. Todos los cambios estarán sujetos a lo aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Exceptuando los Grupos de Experiencia.

CLÁUSULA 2.21 CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE CONTACTO: Si cambia la dirección o información de contacto de un Asegurado, por favor informe al Administrador del Grupo, quien informará a la Aseguradora sobre el cambio.

CLÁUSULA 2.22 DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL: Si la membresía termina, el Asegurado Principal y sus dependientes incluidos bajo la membresía de un Grupo Colectivo pueden transferir su cobertura a un plan individual ofrecido por la Aseguradora sin evaluación de riesgo, siempre y cuando nuevo plan individual tenga un deducible igual o mayor, se mantengan las mismas restricciones en vigor bajo el plan Corporate Care, y se cumplan los requisitos de elegibilidad de ese plan específico. Los Asegurados bajo un Grupo Experiencia que deseen transferir su cobertura a un plan individual están sujetos a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo. Por favor comuníquese con la Aseguradora o con su Administrador de Grupo para obtener más información.

Si el Asegurado desea proceder con el cambio, deberá enviar una Solicitud de Seguro de Salud Individual a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la terminación de su cobertura dentro del grupo (sí aplica).

En el caso de grupos con Asegurados que residen en los Estados Unidos de América, ni el Contrato, ni las Condiciones Generales de la Póliza, ni las Condiciones Particulares están sujetos a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable ("PPACA" por sus siglas en inglés) ni a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados ("ERISA" por sus siglas en inglés) de 1974 de los Estados Unidos de América, y la Aseguradora no está obligada a ofrecer continuación de cobertura según la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto ("COBRA" por sus siglas en inglés) o cualquier otra ley federal o estatal sobre continuación de cobertura en los Estados Unidos de América.

RENOVACIÓN

CLÁUSULA 2.23 RENOVACIÓN DE LA MEMBRESÍA: La renovación de la membresía depende de que el Administrador de Grupo renueve el Contrato con la Aseguradora. La renovación de las Condiciones Particulares de cada Asegurado está sujeta a la discreción del Administrador de Grupo.

CLÁUSULA 2.24 PAGO DE LA PRIMA: El Administrador de Grupo es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la membresía de todos los Asegurados bajo el Contrato entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo.

CLÁUSULA 2.25 FACTURAS: La Aseguradora emitirá facturas por adelantado detallando la cantidad de la prima anual. La Aseguradora también podrá emitir facturas o reembolsos para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el Administrador de Grupo. El Administrador de Grupo deberá pagar la prima a la Aseguradora cada año a más tardar en la fecha de vencimiento del pago.

Cuando un Asegurado Principal se une al grupo después del inicio del período de cobertura, la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona, y el Administrador de Grupo deberá pagar a la Aseguradora dicha cantidad dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento de la factura.

Cuando un Asegurado Principal o un dependiente sale del grupo después del inicio del período de cobertura la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y reembolsará prontamente, cuando corresponda, cualquier cantidad en exceso que ya haya sido pagada a la Aseguradora por el Administrador de Grupo con respecto al Asegurado Principal o dependiente.

Para los propósitos del Contrato, la prima a prorrata representa todas las cantidades pagadas con respecto al Asegurado para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho Asegurado estuvo inscrito en el grupo.

CLÁUSULA 2.26 MODALIDAD DE LA PÓLIZA: Las primas deben pagarse anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.

CLÁUSULA 2.27 TÉRMINO: El término del Contrato entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo es de un (1) año.

CLÁUSULA 2.28 PAGO RETRASADO: El Administrador de Grupo es responsable por el pago a tiempo de la prima. El pago de la prima vence en la fecha de emisión de la póliza o a la fecha de renovación del Contrato o en cualquier otra fecha autorizada por la Aseguradora. Los avisos de renovación se envían como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza el envío de dichos avisos. Si el Administrador del Grupo no ha recibido el aviso de renovación treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del pago, y no sabe cuál es la cantidad que debe pagarse, el Administrador del Grupo deberá contactar al Agente o a la Aseguradora. El Administrador de Grupo debe cancelar la prima en un solo pago.

CLÁUSULA 2.29 CAMBIOS EN LAS TARIFAS DE PRIMA: La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en la fecha de renovación. Cualquier ajuste será notificado al Administrador de Grupo por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha efectiva de dicho cambio. El Administrador de Grupo podrá terminar el Contrato a partir de la fecha efectiva del cambio propuesto si ambas partes no están de acuerdo con dicho cambio. Todos los cambios estarán sujetos a lo aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

CLÁUSULA 2.30 PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de su vencimiento, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes del final del período de gracia, el Contrato y todos sus beneficios se considerarán suspendidos en la fecha original del vencimiento de la prima hasta un plazo de sesenta (60) días calendario según se define en la cláusula siguiente.

CLÁUSULA 2.31 SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Si la prima no es pagada dentro del período de gracia estipulado en la cláusula anterior, se entenderá que se ha incumplido en el pago lo que faculta a la Aseguradora a suspender inmediatamente la cobertura. Según el Art. 156 de la Ley 12 del 2 de abril de 2012 “Que regula la actividad de seguros y se dictan otras disposiciones”, la suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo, o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone el Art. 161 de la mencionada Ley. Los reclamos por gastos cubiertos incurridos durante el periodo de suspensión de cobertura no estarán amparados por la póliza.

CLÁUSULA 2.32 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir el Contrato, el Certificado Individual o cualquier documento de Condiciones Particulares si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora apruebe una inscripción cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido el Certificado Individual o las Condiciones Particulares con cobertura restringida o con sobreprima, o habría declinado proporcionar cobertura.

De acuerdo al Art. 161 de la Ley 12 del 2 de abril de 2012 “Que regula la actividad de seguros y se dictan otras disposiciones”, todo aviso de cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío al Administrador del Grupo a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del contratante deberá notificarlo a la Aseguradora; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta.

El aviso de cancelación de la Póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles. Si el aviso no es enviado, el Contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el Art. 998 del Código de Comercio.

El Administrador de Grupo se reserva el derecho de cancelar el Contrato enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo. La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el Contrato en base a la clase, tal como se define en esta póliza.

CLÁUSULA 2.33 REHABILITACIÓN: Si el Contrato no es renovado dentro del período de gracia, puede ser rehabilitado a más tardar treinta (30) días después de finalizado el período de gracia mientras transcurre el período de suspensión de cobertura. El pago de las primas adeudadas rehabilitará la cobertura del grupo sin interrupción. No se autorizará ninguna rehabilitación después de que hayan transcurrido sesenta (60) días de la fecha de vencimiento del pago.

RECLAMACIONES

CLÁUSULA 2.34 REQUISITO DE NOTIFICAR A LA ASEGURADORA: El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este documento, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro de su plan, si corresponden.

CLÁUSULA 2.35 DIAGNÓSTICO: Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

CLÁUSULA 2.36 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por la Aseguradora. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y la Aseguradora. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL/ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO, SI CORRESPONDEN.

CLÁUSULA 2.37 DEDUCIBLE: Su Administrador de Grupo ha elegido un plan de deducible para usted. Usted encontrará su deducible en sus Condiciones Particulares. Antes de que la Aseguradora pague los beneficios, el Asegurado debe pagar una cantidad específica correspondiente a los cargos elegibles incurridos por cada Asegurado cada año de membresía. Esta cantidad es el deducible. Si la familia del Asegurado está cubierta bajo la membresía, el deducible se aplica separadamente a cada Asegurado. Sin embargo, la Aseguradora aplica un total máximo de dos deducibles por familia, por año de membresía, si se procesan reclamaciones para dos o más Asegurados en la familia. Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el deducible, el Asegurado deberá enviar un formulario de solicitud de reembolso a la Aseguradora si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el 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, 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 un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplica el deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

CLÁUSULA 2.38 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.**

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. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con los documentos de su membresía o pueden solicitarse al Administrador del Grupo o a la Aseguradora. 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 Principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

CLÁUSULA 2.39 PAGO DE RECLAMACIONES: La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada por la Aseguradora (actuando razonablemente) según la fecha de prestación del servicio. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento. La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, La Aseguradora reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y La Aseguradora y 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 Principal. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, La Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al beneficiario o heredero del Asegurado Principal. 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 Principal.

La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, hasta un máximo de treinta (30) días calendario hábiles después de que el Asegurado haya presentado la solicitud de reembolso, junto con los documentos necesarios que establece las Condiciones Generales de la Póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida. La Aseguradora efectuará los pagos por medio de cheque o transferencia electrónica. Algunas veces, las regulaciones bancarias internacionales no permiten hacer pagos en la moneda solicitada por el Asegurado Principal. En esos casos, la Aseguradora enviará el pago en dólares de los Estados Unidos de América. Es responsabilidad del Asegurado Principal pagar cualquier cargo que no sea elegible para pago bajo la membresía.

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

CLÁUSULA 2.40 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: 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. 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 a la fecha efectiva de la presente póliza que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada por el Asegurado, la presente póliza no cubrirá el pago de dicha reclamación.

Sin embargo, si la primera póliza o las que en orden de antigüedad le siguiesen, no cubriesen dicho valor o solo lo cubriesen parcialmente, la presente póliza responderá por la diferencia, sujeto a los límites de cobertura contemplados en la misma.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB), y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

CLÁUSULA 2.41 EXÁMENES FÍSICOS: La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora antes de llegar a una conclusión sobre la reclamación.

CLÁUSULA 2.42 OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN: El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. **El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.**

CLÁUSULA 2.43 QUEJAS

CLÁUSULA 2.43.1 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 Aseguradora, presentando su caso al correo electrónico controversias@bupa-latinamerica.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.

De no estar de acuerdo con la decisión y razonamientos presentados por la Aseguradora, el Asegurado Titular y/o sus dependientes tendrán derecho a ser atendidos por vía de reclamación administrativa por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, para lo cual deberán dirigirse al Departamento de Protección al Consumidor de Seguros. Por su parte, la Aseguradora tendrá la obligación de comparecer ante la Superintendencia cuando, por la vía administrativa, se presenten quejas y/o denuncias en su contra.

CLÁUSULA 2.43.2: 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 2.44 ARBITRAJE, ACCIONES LEGALES Y RENUNCIA A JURADO: Cualquier desacuerdo que pueda persistir después de una apelación tal y como se determina en la cláusula 2.43.1 APELACIÓN DE RECLAMACIONES, debe ser primero sometido a arbitraje. En tal caso, el Asegurado y la Aseguradora someterán sus diferencias a tres (3) árbitros: cada parte seleccionará un árbitro, y el tercer árbitro deberá ser seleccionado por los árbitros de las partes. En caso de desacuerdo entre los tres árbitros, la decisión se tomará por mayoría. Tanto el Asegurado como la Aseguradora podrán iniciar el procedimiento de arbitraje notificando a la otra parte por escrito, solicitando el arbitraje y nombrando a su árbitro. La otra parte contará con veinte (20) días hábiles a partir del recibo de dicha notificación para designar su árbitro. Los dos (2) árbitros designados por las partes elegirán al tercer árbitro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, y el arbitraje se llevará a cabo en el lugar establecido más adelante, a más tardar diez (10) días hábiles después del nombramiento del tercer árbitro. Si la parte que recibe la notificación no designa a su árbitro dentro de un plazo de veinte (20) días hábiles, la parte reclamante podrá designar al segundo árbitro, en cuyo caso la parte notificada no deberá considerarse perjudicada. El arbitraje se llevará a cabo en la República de Panamá. El Asegurado y la Aseguradora acuerdan que cada parte pagará sus propios gastos en relación con el arbitraje.

El Asegurado confiere jurisdicción exclusiva en la República de Panamá para determinar cualquier derecho bajo esta membresía. Para resolver cualquier disputa legal que surja directa o indirectamente de esta membresía, la Aseguradora y el Asegurado cubierto bajo esta membresía acuerdan expresamente ir a juicio por juez solamente. La Aseguradora y el Asegurado también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados, incluyendo los gastos incurridos en el arbitraje.

CLÁUSULA 2.45 SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN: Si el tratamiento necesario es resultado de la culpabilidad de un tercero, por ejemplo, una lesión sufrida durante un accidente en el cual el Asegurado es la víctima, el Asegurado debe notificar a la Aseguradora por escrito lo antes posible o completar la sección correspondiente en el formulario de solicitud de reembolso. Si ese es el caso, la Aseguradora solicita que el Asegurado tome las acciones necesarias para:

- (a) Recuperar de la parte culpable (a través de su compañía de seguro) el costo del tratamiento pagado por la Aseguradora, y
- (b) Reclamar cualquier interés, si corresponde.

Si el Asegurado logra recuperar el costo de cualquier tratamiento por el cual la Aseguradora haya pagado, el Asegurado debe reembolsar esa cantidad (y el interés correspondiente) a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de subrogación o reembolso de y en nombre del Asegurado a quien ha pagado cualquier reclamación, si dicho Asegurado ha recuperado todo o parte de dichos pagos de la parte responsable. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del Asegurado, asumiendo los gastos, contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta membresía, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta membresía.

CLÁUSULA 2.46 PAGOS DISCRECIONALES: Cualquier pago ex gratia se hace a discreción de la Aseguradora. Si la Aseguradora efectúa un pago al cual el Asegurado no tiene derecho bajo la membresía, dicho pago cuenta hacia el total máximo de los beneficios que la Aseguradora pagará bajo la membresía. La Aseguradora no tiene ninguna obligación de pagar tratamientos que no están cubiertos bajo la membresía, aún en circunstancias en las cuales la Aseguradora haya pagado una reclamación por un tratamiento similar o idéntico, incluyendo cualquier pago ex gratia.

CLÁUSULA 2.47 COASEGURO: Por favor consulte su Tabla de Beneficios para saber si este coaseguro aplica para su plan de cobertura. Su póliza contempla el pago de un coaseguro del 20%, después del deducible, para todos los gastos ambulatorios efectuados en los Estados Unidos de América, con un tope máximo de US\$10,000 por asegurado, por año de membresía.

CLÁUSULA 2.48 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 diagnóstico 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 3: COBERTURA

NOTAS GENERALES SOBRE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

- (a) La Tabla de Beneficios y las Condiciones Generales de la Póliza contienen información sobre la cobertura para tratamientos para los Asegurados, sujeta a cualquier acuerdo y/o cambio entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo. El Certificado Individual indica cuál es la opción y el deducible que han sido seleccionados por el Administrador de Grupo. Si necesita más información o ayuda, puede comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo.
- (b) La Tabla de Beneficios es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los Asegurados. Por favor lea la Póliza cuidadosamente, ya que en ella se explican en detalle los beneficios pagaderos. La Aseguradora solamente pagará los gastos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de acuerdo al contrato firmado con el Administrador de Grupo.
- (c) Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por Asegurado, por año de membresía, a menos que se especifique lo contrario.
- (d) Los Asegurados no están obligados a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores de la Aseguradora.
- (e) Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.
- (f) Ni la Aseguradora ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.
- (g) Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la membresía.
- (h) Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.
- (i) Algunos beneficios están sujetos a coaseguro, después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos.

- (j) El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora cómo se establece en la Póliza, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro de su plan, si corresponden. Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora antes de su tratamiento, la Aseguradora no garantiza el pago directo al proveedor.

OPCIONES DE DEDUCIBLE: La Aseguradora ofrece diferentes opciones de deducible dependiendo del plan y cobertura geográfica que el Administrador de Grupo haya elegido. Estos deducibles anuales deben cubrirse antes de que los beneficios sean pagaderos. Por favor consulte su Certificado Individual o pregunte a su Administrador de Grupo para obtener más información sobre su plan y opción de deducible. Se aplica un deducible por Asegurado, por año de membresía. Sin embargo, para ayudarle a reducir el costo de su cobertura familiar, la Aseguradora aplica un total máximo equivalente a dos deducibles por familia, por año de membresía.

TABLA DE BENEFICIOS

Plan de deducible	0 1,000	500 2,000	2,000 5,000	5,000 5,000	10,000 10,000	20,000 20,000
Fuera de EE.UU. Por asegurado (Máximo dos deducibles por familia)	0	500	2,000	5,000	10,000	20,000
En EE.UU. Por asegurado (Máximo dos deducibles por familia)	1,000	2,000	5,000	5,000	10,000	20,000

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

CLÁUSULA 3.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.

- (a) Para cobertura fuera de la red de proveedores de la Aseguradora:
 - i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están limitadas al beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
 - ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas al beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
- (b) Para cobertura dentro de la red de proveedores de la Aseguradora:
 - i. La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios.
 - ii. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios.
- (c) Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.
- (d) El tratamiento médico de emergencia está cubierto como se estipula en la cláusula 3.22.

CLÁUSULA 3.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario

médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- (a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
- (b) Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.

CLÁUSULA 3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 3.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización.

CLÁUSULA 3.5 RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA: Para obtener una lista de los proveedores en la Red de Proveedores de la Aseguradora, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo.

- (a) La lista actualizada de hospitales y médicos en la Red de Proveedores de la Aseguradora está disponible en www.bupasalud.com.pa.
- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado por la Aseguradora.

CLÁUSULA 3.6 CAMA PARA ACOMPAÑANTE PARA MENOR HOSPITALIZADO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en su Tabla de Beneficios

CLÁUSULA 3.7 CIRUGÍA BARIÁTRICA: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:

- (a) Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
- (b) Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;
- (c) Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y
- (d) Haber pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento.

La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la aseguradora. El asegurado deberá comunicarse con la aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

CLÁUSULA 3.8 SALUD MENTAL EN HOSPITALIZACION: Los gastos derivados del Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y las terapias se otorguen durante la estadía en el hospital.

El asegurado deberá comunicarse con la aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

CLÁUSULA 3.9 CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

CLÁUSULA 3.10 SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

- (a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.
- (b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos como se indica en su Tabla de Beneficios, y cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarlo a determinar o evaluar la condición del paciente.

CLÁUSULA 3.11 MEDICAMENTOS POR RECETA: Por Hospitalización: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

Sin Hospitalización: Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios para medicamentos por receta que no hayan sido prescritos durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, y están sujetos a coaseguro. Los medicamentos por receta deben corresponder a una condición médica cubierta bajo el plan Corporate Care. Deberá adjuntarse una copia de la receta del médico tratante con la solicitud de reembolso.

CLÁUSULA 3.12 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios y no separadamente por condición o terapia. Los servicios deben ser pre-aprobados por la Aseguradora. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener aprobación.

CLÁUSULA 3.13 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Después de una hospitalización cubierta, la atención médica en el hogar se cubre como se indica en la Tabla de Beneficios. Se cubre la atención médica en el hogar cuando:

- (a) es médicamente necesaria, y sin la cual el paciente necesitaría permanecer en el hospital,
- (b) comienza inmediatamente después de la hospitalización,
- (c) es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) enfermero(a) calificado(a), y
- (d) se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico.

CLÁUSULA 3.14 RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico.

CLÁUSULA 3.15 VACUNAS: La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y adultos), incluyendo vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

CLÁUSULA 3.16 SALUD MENTAL EN AMBULATORIO: La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD

CLÁUSULA 3.17 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO: Los beneficios de maternidad solamente aplican a maternidades cubiertas bajo los planes de deducible 1 y 2. **No hay cobertura de maternidad bajo esta membresía para hijos dependientes.** Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:

- Cuidados pre-natales, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), como ultrasonidos, y vitaminas requeridas durante el embarazo

- Cargos de obstetra y hospital
 - Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto
 - Condiciones secundarias debido al embarazo, tales como dolor de espalda, alta presión sanguínea, sangrado vaginal, náusea y vómitos
 - Cuidado del recién nacido saludable
- (a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta el máximo por embarazo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto.
- (b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta el máximo por embarazo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta membresía durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto. **Este beneficio solamente aplica cuando es médicamente necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la Asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es médicamente necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en la cláusula 3.12 (a).**

CLÁUSULA 3.18 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

- (a) Cobertura provisional:
- Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días calendario después del parto, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.
- (b) Cobertura permanente:
- i. Adición automática: Para incluir al recién nacido bajo la membresía de los padres, el Administrador del Grupo deberá enviar dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del recién nacido que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos especificados en la Tabla de Beneficios. La cobertura del recién nacido para complicaciones del nacimiento está limitada al beneficio máximo descrito en la cláusula 3.14 (b).
 - ii. Adición no-automática: La adición de bebés que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al bebé bajo la membresía de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo, el Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento. La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Grupo, el Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento en estos casos, los cuales están sujetos a los procedimientos estándar de evaluación de riesgo. Por favor comuníquese con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo para obtener más información.
- (c) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en la cláusula 3.12.

CLÁUSULA 3.19 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO:

Las complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto están cubiertas hasta el máximo de por vida indicado en la Tabla de Beneficios, incluyendo gastos médicos relacionados con:

- (a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia post-parto y placenta retenida.

- (b) Complicaciones del recién nacido (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias) tales como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, dificultad respiratoria y traumatismo al nacer.
- (c) Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la membresía, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA

CLÁUSULA 3.20 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) está cubierto como se indica en su Tabla de Beneficios solamente si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

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

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

- 1º Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
- 2º Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
- 3º Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte,
- 4º En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

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

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

- (a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio, por incidente está indicada en la Tabla de Beneficios, y solamente será cubierto cuando los servicios de la ambulancia terrestre utilizada sean para transportar al asegurado:
 - i. de la ubicación de un accidente al hospital,
 - ii. para el traslado de un hospital a otro, o
 - iii. de su casa al hospital, siempre y cuando:
 - médicamente necesaria,
 - relacionada a una condición cubierta, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física

Este beneficio debe ser notificado a La Aseguradora hasta setenta y dos (72) horas después de la ocurrencia del evento.

- (b) Transporte por ambulancia aérea:
- Todo el transporte en ambulancia aérea debe ser evaluado, aprobado previamente y coordinado por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar los gastos.
 - La cantidad máxima pagadera por este beneficio por incidente está indicada en la Tabla de Beneficios.
 - El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora o con USA Medical Services por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
- (c) Viaje de regreso: Si el Asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el Asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días calendario después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos.
- (d) La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados.

CLÁUSULA 3.21 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la membresía. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la Aseguradora.

OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES

CLÁUSULA 3.22 TRATAMIENTO DEL CÁNCER: Los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo trasplante de médula ósea, radioterapia, quimioterapia y oncología, están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios. Los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos tales como los requeridos para la quimioterapia, que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer también están cubiertos al cien por ciento (100%). Todos los beneficios son pagaderos hasta el límite máximo por año de membresía indicado en la Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 3.23 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL: Los gastos elegibles por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos hasta el límite máximo por año de membresía indicado en la Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 3.24 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto hasta el máximo por diagnóstico, de por vida indicado en la Tabla de Beneficios, después del deducible correspondiente. El beneficio para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por la Aseguradora, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la membresía. Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.

- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo por diagnóstico indicado en la Tabla de Beneficios, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio.
- (d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

La cobertura de beneficios está sujeta a la aprobación de la Aseguradora sobre el proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de la Aseguradora. El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.

CLÁUSULA 3.25 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: El tratamiento médicamente necesario para condiciones congénitas y/o hereditarias está cubierto hasta el máximo de por vida indicado en la Tabla de Beneficios. El beneficio comienza cuando la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período anterior a la identificación de la condición actual.

CLÁUSULA 3.26 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Ciclosporina A, Azatioprina, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora.

CLÁUSULA 3.27 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización): La membresía bajo Corporate Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia relacionado con accidente o enfermedad aguda cuando la vida del Asegurado o su integridad física se encuentran en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a la Aseguradora, como se indica en las Condiciones Generales de la Póliza. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red en relación con un tratamiento médico de emergencia serán pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

CLÁUSULA 3.28 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas o dentaduras.

CLÁUSULA 3.29 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por la Aseguradora. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

CLÁUSULA 3.30 CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, LA COMPAÑIA pagará los servicios hasta por un máximo de doce (12) meses, si el ASEGURADO recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.

LA COMPAÑIA pagará solo por una de las siguientes opciones:

1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
 - alojamiento en centro para pacientes terminales
 - cuidados de enfermero(a) profesional calificado
 - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
 - cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales
2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
 - cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio,
 - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
 - cuidados asistenciales proporcionados por un enfermero(a) profesional calificado

Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.

CLÁUSULA 3.31 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está limitada al máximo especificado en la Tabla de Beneficios doce (12) meses después de la fecha de efectividad de la cobertura del Asegurado, si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este período.

CLÁUSULA 3.32 TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía para los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 3.33 AUTISMO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios, para los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias). Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora.

CLÁUSULA 3.34 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR: En caso de que fallezca el Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura a los asegurados dependientes cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el Asegurado Titular, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a un accidente, enfermedad o dolencia cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

Esta cobertura no será procedente si los beneficiarios del asegurado titular solicitan la devolución de la prima no devengada por fallecimiento, y dicha devolución es efectuada en términos de las Condiciones Generales.

CLÁUSULA 3.35 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCA): La cobertura para prótesis capilar está sujeta a las siguientes condiciones:

- a. Cuando el asegurado esté llevando un tratamiento para el cáncer.
- b. La pérdida de cabello sea directa y exclusiva a consecuencia del tratamiento de cáncer.
- c. Debe ser pre-autorizado por la Aseguradora.

COBERTURA OPCIONAL ADICIONAL

La Aseguradora ofrece dos anexos de cobertura adicional, los cuales pueden ser seleccionados por el Administrador de Grupo. Los beneficios ofrecidos bajo estos anexos están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la cobertura del grupo bajo Corporate Care.

El Administrador de Grupo puede haber elegido uno o ambos anexos para cubrir las necesidades del grupo. Si no se elige un anexo en el momento de solicitar cobertura bajo el plan Corporate Care, éste puede agregarse en la fecha de aniversario de la membresía. Los anexos aplican a todos los Asegurados Principales y sus dependientes asegurados bajo el plan. Por favor consulte sus Condiciones Particulares o pregunte a su Administrador de Grupo para obtener más información.

Los anexos de Corporate Care se mantienen en vigor mientras que el plan Corporate Care esté en vigor. El área de cobertura geográfica que se haya elegido para el plan Corporate Care también aplica para el anexo elegido. Los anexos para Cuidado Dental y Cuidado de la Vista no están sujetos al deducible del plan Corporate Care.

CLÁUSULA 3.36 CUIDADO DENTAL: Se ofrece cobertura para tratamiento dental básico y especializado como se indica en la Tabla de Beneficios por Asegurado, por año de membresía, realizados por un profesional dental con licencia para practicar odontología. No se ofrece cobertura para tratamiento dental cosmético (requerido únicamente para mejorar la apariencia). También ofrece una cobertura para tratamiento de ortodoncia, de por vida, para Asegurados de dieciocho (18) años de edad o menos, como se indica en la Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 3.37 CUIDADO DE LA VISTA: Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios, para exámenes oculares de rutina, armaduras para gafas, lentes para gafas y lentes de contacto. No se ofrece cobertura para queratotomía radial y otros procedimientos para corregir trastornos de refracción ocular.

CLÁUSULA 4 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

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

CLÁUSULA 4.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, 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 personal, o
- (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- (f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, alimentos para visitantes o cosméticos.

CLÁUSULA 4.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS: Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol,

uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.

CLÁUSULA 4.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 4.4 MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.

CLÁUSULA 4.5 CIRUGÍA COSMÉTICA: La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.

CLÁUSULA 4.6 CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto si es autorizado por escrito por la Aseguradora.

CLÁUSULA 4.7 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).

CLÁUSULA 4.8 TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el Asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que ha sido puesto bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

CLÁUSULA 4.9 ENFERMEDADES MENTALES: 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, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.

CLÁUSULA 4.10 GASTOS QUE EXCEDAN UCR: Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

CLÁUSULA 4.11 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS: El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda, o no cubiertas bajo esta membresía.

CLÁUSULA 4.12 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días calendario de la fecha de un accidente cubierto.

CLÁUSULA 4.13 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES: Tratamiento de lesiones que resulten mientras el Asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

CLÁUSULA 4.14 VIH/SIDA: Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.

CLÁUSULA 4.15 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL: La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.

CLÁUSULA 4.16 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta membresía.

CLÁUSULA 4.17 MEDICAMENTOS SIN RECETA: Medicamentos que no cuenten con receta médica, medicamentos con receta que no fueron originalmente recetados durante una hospitalización o por un tratamiento durante hospitalización, y medicamentos con receta que no han sido recetados como parte del post-tratamiento directamente relacionado con un tratamiento ambulatorio.

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 4.18 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.

CLÁUSULA 4.19 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las Condiciones Generales de la Póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

CLÁUSULA 4.20 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

CLÁUSULA 4.21 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio, excepto cuando se especifique en Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 4.22 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

CLÁUSULA 4.23 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia, inadecuaciones, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.

CLÁUSULA 4.24 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial y la maternidad subrogada.

CLÁUSULA 4.25 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

CLÁUSULA 4.26 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.

CLÁUSULA 4.27 ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

CLÁUSULA 4.28 CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de los pies, excepto cuando especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 4.29 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

CLÁUSULA 4.30 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Excepto cuando ha sido causada por politraumatismo en un accidente cubierto. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por la Aseguradora. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

CLÁUSULA 4.31 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA: Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.

CLÁUSULA 4.32 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 4.33 DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

CLÁUSULA 4.34 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 4.35 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): 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 4.36 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 5: DEFINICIONES

Esta es una lista de definiciones para algunas palabras y frases utilizadas en las Condiciones Generales de la Póliza, las cuales tienen un significado específico con respecto a los beneficios y reglas de la membresía.

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.

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.

ADMINISTRADOR DE GRUPO: El representante autorizado por la compañía, empresa, negocio o persona con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los Asegurados bajo este seguro de salud de grupo. Esta persona es a quien la Aseguradora dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a la Aseguradora sobre cualquier cambio a la membresía en nombre del Asegurado.

ANEXO: Documento añadido por la Aseguradora a la póliza de grupo que agrega y detalla una cobertura opcional adicional.

AÑO DE MEMBRESÍA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva del Contrato y cualquier período subsecuente de doce (12) meses.

ÁREA DE COBERTURA: El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (llamados EE.UU. en las Condiciones Generales de la Póliza), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el Administrador de Grupo.

ASEGURADO: La persona identificada en el Certificado de Membresía. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los dependientes bajo la membresía.

ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y la primera persona identificada en las Condiciones Particulares, quien está facultado para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos.

ASEGURADORA: La compañía de seguros de salud que provee cobertura para los Asegurados del Grupo. Bupa Panamá tiene su sede en P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

BENEFICIO: Cualquier gasto elegible por el cual la Aseguradora deberá pagar, según especificado en la Tabla de Beneficios.

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 MÁXIMO: El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al cien por ciento (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 Principal ha establecido una relación de vida doméstica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del recién nacido que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días calendario de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

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

CONDICIÓN TERMINAL: La enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

CONDICIONES PARTICULARES: Documento del Contrato que especifica la fecha de efectividad, las condiciones, deducibles, alcance y limitaciones particulares de la cobertura y donde se identifica al Asegurado Principal y a cada dependiente cubierto.

CONSULTA: Visita a un médico para evaluar o tratar una condición médica.

CONTRATO: El acuerdo entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo bajo el cual la Aseguradora acepta cubrir a los Asegurados como parte del grupo.

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

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

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 el manejo del dolor.

DEDUCIBLE: El deducible individual es el importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado antes de que los beneficios de la membresía sean pagaderos. Hay dos tipos de deducibles considerados dentro de la membresía, dependiendo del país donde se ofrezca el tratamiento o servicio. El deducible familiar es el importe máximo por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

DEPENDIENTE: Cualquier persona mencionada en las Condiciones Particulares que no sea el Asegurado Principal, que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo, y para quien se ha aprobado la cobertura bajo la membresía. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o compañero(a) doméstico(a), y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros.

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.

DIAGNÓSTICO: Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses posteriores a la fecha efectiva de cobertura para la respectiva Asegurada. La Asegurada correspondiente no puede ser una hija dependiente. Sólo los Planes 1 y 2 ofrecen beneficios para los embarazos cubiertos.

EMERGENCIA: Condición médica (enfermedad o lesión) 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.

ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

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

ENMIENDA: Documento añadido al Contrato entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo para aclarar, explicar o modificar la cobertura bajo la membresía.

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

EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO: Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los Asegurados con preguntas relacionadas con su membresía, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

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.

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad del Contrato.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: La fecha indicada en las Condiciones Particulares en la cual comienza la cobertura bajo la membresía.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO Y/O SUPLEMENTO MÉDICO: Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los solicitantes y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son

utilizados por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el solicitante durante la entrevista médica realizada por la Aseguradora, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por La Aseguradora antes de aprobar la membresía.

GASTOS ELEGIBLES: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la membresía 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.

HIJASTRO: Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado Principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado Principal.

HOSPITAL: Una institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que: a) se dedica principalmente a proporcionar instalaciones para el diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados a largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y aprobado y coordinado por la Aseguradora. **El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:**

- (a) **Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite), o**
- (b) **No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado, o**
- (c) **Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o**
- (d) **Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o**
- (e) **Es calificado como cuidado asistencial.**

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Medicamentos con mecanismo de acción especial diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones genéricas o de casa comercial disponible.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “médico” o “doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

MEMBRESÍA: La póliza de grupo contratada con la Aseguradora por el Administrador de Grupo para proporcionar cobertura a los Asegurados.

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.

OPCIÓN: El área de cobertura y el límite máximo anual seleccionado por el Administrador de Grupo para los Asegurados en el grupo.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el Asegurado reside la mayor parte de cualquier año de membresía, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días calendario continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario mientras que la membresía está en vigencia.

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

PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: Período de tiempo que comienza en la fecha efectiva de la póliza durante el cual los beneficios aun no son pagaderos al Asegurado.

- (a) Para los beneficios de embarazo, maternidad y parto, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la membresía durante un período de diez (10) meses calendario continuos antes de la fecha actual del parto.
- (b) Para los beneficios de VIH/SIDA, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la membresía durante un período de doce (12) meses calendario continuos.
- (c) Para los beneficios de Cirugía Bariátrica, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la membresía durante un período de veinticuatro (24) meses calendario continuos.

PERÍODO DE ESPERA GENERAL: El período de tiempo durante el cual el asegurado no contara con ningún beneficio, excepto las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

POLITRAUMATISMO: Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un accidente serio.

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante 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.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Una operación, incluyendo las consultas inmediatamente antes y después de la cirugía, y todo el cuidado necesario antes de que el paciente sea dado de alta del hospital.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones (PET).

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

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

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

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

RED DE PROVEEDORES DE LA ASEGURADORA: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para atender a los Asegurados de la Aseguradora. La actualizada de hospitales y médicos en la Red de Proveedores de la Aseguradora está disponible en www.bupasalud.com.pa.

RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA: Relación entre el Asegurado Principal y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:

- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.
- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida.
- (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato.
- (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año
 - ii. Ambos son propietarios de una residencia en común
 - iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
 - Un automóvil que pertenece a los dos
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
 - Una cuenta de crédito mancomunada
 - Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, enfermero(a) privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite.

TRANSPORTE POR 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.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO: Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una enfermedad o lesión.

TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sufridos durante un accidente cubierto.

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 MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

URGENCIA: Situación médica que generalmente requiere atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida del asegurado, ni genera peligro en la evolución de su afección.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que La Aseguradora considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

Código: PTY-CC-REV23 Seguro Colectivo Corporate Care

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 12 de 2012, mediante Resolución Número DRLA-089 de 19 de diciembre de 2024

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