



Guía para Asegurados

PREMIER 1

BOLIVIA

CONTENIDO

SU SALUD ANTE TODO.....	2
Su cobertura.....	3
USA Medical Services.....	5
SU REEMBOLSO.....	6
TABLA DE BENEFICIOS.....	8
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....	12
GLOSARIO.....	24

SU SALUD ANTE TODO

¿Ha pensado alguna vez qué sucedería con su familia, su carrera profesional y su situación financiera, si usted contrajera una enfermedad inesperada? Es nuestra experiencia que enfermedades de largo plazo pueden tener serias consecuencias de orden financiero y social.

Bupa Insurance Bolivia S.A. (Bupa) le garantiza poner su salud por encima de todo, ofreciéndole a usted el mejor plan de seguro médico a la medida y aconsejándole en aspectos de salud y bienestar.

BUPA: UNA COMPAÑÍA EN LA QUE USTED PUEDE CONFIAR

Hemos construido una red global de socios de negocios, oficinas locales y consultores médicos de renombre. Como compañía europea, estamos regulados por los estrictos estándares establecidos tanto por las leyes sobre contratos de seguro como por las autoridades de supervisión europeas. Nuestra compañía en Bolivia se encuentra autorizada por la Autoridad de Supervisión del Sector Financiero (ASFI).

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. forma parte de Bupa, una organización mundial de seguros de salud con más de 70 años de experiencia en el cuidado de las necesidades de salud de expatriados, nacionales, y sus familias alrededor del mundo. Como asociación previsor, Bupa no tiene accionistas, y las ganancias son reinvertidas para ofrecer a nuestros clientes mejores servicios de salud.

SU COBERTURA

Cualquiera que sea la cobertura que usted elija, usted obtendrá excelentes beneficios; y estará cubierto tanto dentro como fuera de la red de proveedores de Bupa, lo cual le ofrece completa libertad de elección al decidir qué clínica, hospital o especialista desea utilizar.

Con una suma anual asegurada de US\$1,5 millones, Premier 1 Bolivia le ofrece extensos servicios y generosos beneficios para tratamientos tanto hospitalarios como ambulatorios. Además, le permite la posibilidad de elegir entre una cobertura exclusiva en América Latina y otra de carácter mundial. Por favor consulte el Glosario para ver la definición de "América Latina".

OPCIÓN SUPLEMENTARIA - VIAJE

Con un plan Premier 1 Bolivia, sus gastos médicos están cubiertos mientras se encuentra de viaje en América Latina. Sin embargo, con la opción suplementaria de cobertura de viaje, además de obtener cobertura en cualquier parte del mundo, también obtiene beneficios adicionales, tales como acompañamiento compasivo de emergencia y repatriación si algún familiar cae seriamente enfermo. Además, no existe deducible alguno para los planes Viaje; es decir que los reembolsos de su plan de viajes contarán como parte del deducible anual de su plan Premier 1 Bolivia. Si suscribe un plan Viaje; como suplemento para su plan Premier 1 Bolivia, usted recibirá un descuento sobre la prima de su seguro de viaje.

Las Condiciones de póliza de Viaje aparecen descritas en publicación por separado.

ELECCIÓN DE DEDUCIBLE

Le ofrecemos una serie de opciones de deducibles anuales para ayudarle a reducir el precio que usted paga por su cobertura: cuanto mayor sea el deducible, tanto menor será la prima. Usted puede elegir entre los siguientes deducibles:

Deducibles (en US\$)			
1,000	2,000	5,000	10,000

Se aplica sólo un deducible por persona y por año póliza, el cual cuenta para todos los servicios. Sin embargo, para ayudarle a reducir sus gastos, su familia sólo tendrá que pagar el importe correspondiente a la suma de los dos deducibles de mayor cuantía de su póliza.

NIÑOS

Cuando uno de los padres tenga derecho a los beneficios de maternidad, su hijo recién nacido será automáticamente incluido en la póliza de tal padre, independientemente del estado de salud del niño al nacer (por favor vea el Art. 8.2 h). Una característica distintiva de Premier 1 Bolivia es que dos niños menores de diez años pueden ser asegurados gratuitamente.

COBERTURA DE POR VIDA

Usted podrá ser asegurado a pesar de la mayoría de las condiciones médicas que haya podido sufrir antes de suscribir el seguro. Los consultores médicos de

Bupa llevarán a cabo una evaluación de su caso, y decidirán las condiciones de su póliza de seguro. Es posible que le sea cobrada una sobreprima o que le sea declarada una exclusión sobre su cobertura.

Personas de todas las nacionalidades, que no hayan cumplido los 75 años de edad, podrán solicitar el seguro; y, una vez aceptada la solicitud, la renovación de su póliza estará garantizada de por vida, sin importar ni su edad ni cambios en su estado de salud. Aun si desarrollara una condición crónica a largo plazo, ello no influirá sobre los términos bajo los cuales se haya suscrito el seguro.

OCUPACIONES Y ACTIVIDADES

Lo que sea que su trabajo implique, o a donde sea que éste lo lleve, usted permanecerá cubierto. No existen restricciones con respecto a sus aficiones o al tipo de deportes que usted practique, aún a nivel profesional.

Para mayores detalles, vea por favor la Tabla de beneficios y límites de la cobertura y las Condiciones generales de la póliza.

¡EN LÍNEA PARA HACER SU VIDA MÁS FÁCIL!

Ingrese a www.bupasalud.com, busque la sección "Mi Bupa" y siga los pasos de registro con su correo electrónico para que administre su póliza desde la comodidad de su casa u oficina, y disfrute de todos nuestros servicios en línea:

- Acceso a los documentos de su póliza y tarjetas de seguro
- Realizar los pagos de su póliza
- Solicitar cambios de su póliza
- Solicitar reembolsos, y ver el estatus de sus reclamos
- Enviar consultas al área de servicio al cliente
- Solicitar pre-autorizaciones
- Servicios de Virtual Care (Telemedicina)

USA MEDICAL SERVICES

Una de las ventajas de ser cliente de Bupa es nuestro propio centro de asistencia del seguro médico, USA Medical Services. Nuestros empleados se encuentran a su disposición las 24 horas del día, los 365 días del año.

NUESTRO CENTRO DE ASISTENCIA LE OFRECE:

- Asistencia en caso de enfermedad y situaciones de emergencia, incluyendo la administración de evacuaciones médicas.
- Asistencia en los aspectos prácticos de una hospitalización.
- Orientación para seleccionar el lugar de tratamiento adecuado. Sólo necesita hacernos llegar la información médica sobre el diagnóstico recibido, en base al cual nosotros le enviaremos información sobre lugares de tratamiento apropiados, en el lugar del mundo donde usted desee.
- Acceso a consultores del cliente calificados que tienen vasta experiencia y le pueden ayudar a evitar o reducir gastos médicos innecesarios y sobrecargos.
- Guía y consejos para planear estadías en el extranjero.
- Acceso a redes nacionales y mundiales de médicos, clínicas y hospitales, y empresas de transporte médico, etc.

La tarea de nuestro cuerpo de consultores médicos es aconsejarle, si usted cayera enfermo; y asegurarle un tratamiento ágil y apropiado. Por tal motivo, el cuerpo de consultores médicos ha sido minuciosamente conformado por varios doctores.

Nos mantenemos en contacto con clínicas y hospitales antes, durante y después del tratamiento, y podemos responder a sus preguntas con relación a tratamientos de rutina y hospitalizaciones. Nuestra experiencia y conocimiento contribuyen a que el proceso sea más rápido y efectivo.

USA Medical Services tiene acceso a nuestros sistemas de registro de pólizas y de servicio, y coopera de cerca con el equipo de servicio que administra su póliza; y esto significa que la solución que nosotros le entregamos se adapta justo a su situación. Además, nosotros les ofrecemos servicio a nuestros propios clientes, y tenemos un gran conocimiento sobre cada uno de los productos de seguro. Por tal razón, tomamos las decisiones correctas, rápidamente. USA Medical Services es su línea directa con los expertos médicos.

SU REEMBOLSO

Los gastos médicos serán pagados de acuerdo con la Tabla de beneficios una vez el deducible anual haya sido alcanzado. En caso de que una hospitalización tenga lugar en los Estados Unidos, el coaseguro será deducido del reembolso.

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 Compañía considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

PERÍODO DE ESPERA

En caso de enfermedad o lesión graves y agudas, la cobertura entrará en vigor inmediatamente a partir de la fecha de inicio de la póliza. De lo contrario, se aplicará un período de espera de cuatro semanas, con las siguientes excepciones:

- Si transfiere su seguro de otro plan médico internacional equivalente directamente a Bupa, no se aplicará el período de espera de cuatro semanas.
- El período de espera para embarazo y maternidad es de diez meses.

COASEGURO

El coaseguro es la parte de los gastos médicos que usted debe pagar por cada hospitalización en los Estados Unidos. Después de haber sido aplicado el deducible, teniendo en consideración los límites específicos, Bupa reembolsará el 80% de los primeros US\$5,000 y el 100% del balance pendiente. Esto significa que el coaseguro máximo que usted tiene que pagar para cada hospitalización en los Estados Unidos es de US\$1,000. No se aplica coaseguro en relación con gastos por concepto de maternidad o accidentes graves.

TRATAMIENTO EN BOLIVIA

Para obtener reembolso por cualquier tratamiento recibido en Bolivia, usted deberá asegurarse de que las facturas médicas, una vez superado el importe del deducible, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con el número del NIT 158270027.

ADMISIÓN POR EL DÍA Y TRATAMIENTO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN DENTRO Y FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Por favor, infórmenos sobre cualquier admisión hospitalaria tan pronto como le sea posible para que podamos tramitar el pago directo de sus facturas, permitiéndole así concentrarse en su recuperación. Al contactarnos, necesitamos saber lo siguiente:

- La fecha de admisión
- El diagnóstico
- El tratamiento
- La fecha de alta estimada

Bupa le reembolsará los gastos relacionados con la notificación de la admisión hospitalaria (por ejemplo, su llamada a Bupa desde otro país).

Usted puede elegir la clínica u hospital donde desea recibir tratamiento. Toda admisión por el día y tratamiento durante una hospitalización que sean realizados fuera de los Estados Unidos serán cubiertos al 100% después del pago del deducible correspondiente. Si el tratamiento se lleva a cabo dentro de la red de proveedores de Bupa en los Estados Unidos, todos los beneficios de admisión por el día y tratamientos durante la hospitalización serán reembolsados también al 100% luego del pago del deducible y el coaseguro correspondientes. Si en caso de emergencia usted no tiene la posibilidad de ponerse en contacto con nosotros para obtener tal aprobación, deberá informarnos dentro de un plazo no mayor a 72 horas cualquier admisión hospitalaria en nuestra red de proveedores.

Si el proveedor de su elección en los Estados Unidos no forma parte de la red de proveedores de Bupa, entrarán en vigor las tarifas máximas de tratamientos fuera de la red, tal como aparecen en la Tabla de beneficios vigente.

Contamos con una red de proveedores de comprobada calidad que incluye más de 400.000 clínicas, hospitales y médicos. Esto significa que usted puede descansar tranquilo, sabiendo que recibirá el mejor de los tratamientos dentro de la red de proveedores de Bupa y que la mayoría de sus gastos podrán serles pagados directamente a las instalaciones médicas que usted utilice. Para obtener más información sobre la red de proveedores de Bupa, por favor comuníquese directamente con nosotros.

OTROS TRATAMIENTOS

Usted puede elegir cualquier proveedor para tratamientos ambulatorios, tales como consultas médicas y fisioterapia. En esos casos, los gastos deberán ser pagados por el asegurado, antes de solicitar el reembolso.

Al solicitar reembolsos por concepto de tratamientos ambulatorios, usted deberá presentar:

- Facturas y recibos oficiales, originales y detallados
- Un formulario de solicitud de reembolso completo
- Presupuesto del tratamiento (para pagos directos)
- Informe médico detallado señalando el diagnóstico

Al recibir el formulario de solicitud de reembolso completo, evaluaremos su solicitud y reembolsaremos sus gastos en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).

EVACUACIÓN MÉDICA

Independientemente de las circunstancias, usted deberá informarnos antes del inicio del transporte, ya sea directamente, o a través del médico tratante. Los servicios de evacuación médica deben ser aprobados con anticipación y coordinados por Bupa. Los consultores médicos de Bupa, en colaboración con el médico tratante, elegirán un lugar de tratamiento adecuado, y nos haremos cargo de todos los detalles para asegurarnos de que tanto el transporte como la hospitalización se realicen de la manera más eficaz posible.

TABLA DE BENEFICIOS

Código: 201-934724-2008 09 001

VÁLIDA A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2009

Los gastos serán reembolsados según las cantidades señaladas a continuación. Los beneficios serán pagaderos cuando el importe total a reembolsar exceda el deducible elegido. La Tabla de beneficios y límites de la cobertura forma parte de las Condiciones generales de la póliza.

El Glosario al final de esta guía define ciertos términos relacionados con su cobertura.

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 Compañía considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América (US\$).

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza	US\$1,5 millones
Admisión por el día y tratamiento en ingreso u hospitalización	Cobertura
<p>Tratamiento fuera de los Estados Unidos: Si el tratamiento tiene lugar fuera de los Estados Unidos, todos los beneficios de admisión por el día y tratamiento durante la hospitalización serán reembolsados en su totalidad. Las reglas de preaprobación y el número de días máximo que aparecen a continuación permanecerán vigentes.</p>	100%
<p>Tratamiento dentro de la red de proveedores en los Estados Unidos: Si se elige la red de proveedores de Bupa, todos los beneficios de admisión por el día y tratamiento durante la hospitalización abajo mencionados serán reembolsados en su totalidad. Las reglas de preaprobación y el número de días máximo que aparecen a continuación permanecerán vigentes. Todo tratamiento a efectuarse dentro de la red de proveedores deberá ser preaprobado por la compañía.</p>	100%
<p>Tratamiento fuera de la red de proveedores en los Estados Unidos: Si la clínica u hospital elegidos no forman parte de la red de proveedores de Bupa, los gastos serán reembolsados de acuerdo con las siguientes tarifas de reembolso:</p>	Ver abajo
Honorarios de médicos por servicios médicos y quirúrgicos	100%
Habitación privada o semiprivada, por día	US\$1,000
Habitación en cuidados intensivos, por día	US\$3,000
Servicios de enfermería, honorarios de quirófano, medicinas y vendajes	100%
Gastos de habitación para acompañante del paciente asegurado, por día	US\$300
Rehabilitación durante la hospitalización (en hospital o en centro de rehabilitación) médicamente prescrita a causa de enfermedad o accidente grave, todo incluido, máximo 30 días por incidente Debe ser preaprobada por la compañía.	US\$525
Tratamiento médico y análisis, incluyendo cirugía ambulatoria	100%
Tratamiento de emergencia debido a enfermedad grave y aguda o accidente serio	100%
Prótesis, aparatos y dispositivos ortóticos médicamente necesarios e implantados durante cirugía	100%
Tratamiento dental de emergencia debido a un accidente serio, hasta 30 días después de haber sido dado de alta del hospital. En caso de duda, el consultor odontológico de la compañía tomará la decisión.	100%
Se aplica coaseguro en cada hospitalización en los Estados Unidos de América.	

Otros beneficios y limitaciones	Cobertura
Quimioterapia y radioterapia para el tratamiento del cáncer	100%
Tratamiento de diálisis por insuficiencia renal	100%
Procedimientos de trasplante, máximo de por vida, por diagnóstico y por curso de tratamiento, todo incluido. Solamente se cubren los trasplantes de órganos, células y tejido humanos. La obtención de órganos, células o tejido deberá ser preaprobada por la compañía.	US\$600,000
Brazos y piernas artificiales (máximo de por vida US\$120,000)	US\$30,000
Tratamiento en el hogar por una enfermera autorizada, prescrito después de una hospitalización por accidente o enfermedad grave, máximo 30 días por incidente. Debe ser preaprobado por la compañía.	US\$250
Residencia y cuidados paliativos: admisión por el día, tratamiento ambulatorio o durante hospitalización. Debe ser preaprobado por la compañía.	US\$10,000
Ambulancia terrestre de emergencia hacia y desde el hospital	100%

Beneficios y limitaciones por embarazo, maternidad y parto	Cobertura
Parto normal, parto complicado, parto por cesárea, incluyendo cuidado pre y postnatal, por embarazo	US\$7,500
Se aplica un período de espera de 10 meses antes de que los beneficios por embarazo, maternidad y parto sean reembolsables. Estos beneficios están sujetos a deducible. No aplica coaseguro.	

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Consultas con médicos, especialistas y/o psiquiatras, máximo 30 consultas por año póliza	100% cobertura en América Latina (excepto México)
Intervención quirúrgica	
Análisis de laboratorio, radiografías, endoscopias (gastroskopias, colonoscopias, cistoscopias), electrocardiogramas, ecocardiografías, biopsias, exámenes de ultrasonido y tomografías IRM, TAC y TEP	80% cobertura en el resto del mundo
Terapia, incluyendo consulta y tratamiento (fisioterapia, tratamiento quiropráctico, osteopatía, acupuntura, tratamiento homeopático, terapia ocupacional y terapia del lenguaje a corto plazo médicamente prescritas y relacionadas con una enfermedad o lesión). Máximo 60 consultas por año póliza.	
Consultas médicamente prescritas con dietista certificado, máximo 4 consultas por año póliza	

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura
Chequeo médico general, todo incluido, máximo por año póliza	US\$300
Medicamentos prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria relacionados con un tratamiento cubierto, máximo por persona, por año póliza El medicamento debe estar relacionado con el diagnóstico, y se debe incluir la prescripción médica con el formulario de solicitud de reembolso.	US\$1,000
Medicamentos prescritos después de un tratamiento ambulatorio, máximo por persona, por año póliza El medicamento debe estar relacionado con el diagnóstico, y se debe incluir la prescripción médica con el formulario de solicitud de reembolso.	US\$400

Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura
Transporte al lugar de tratamiento apropiado más cercano en caso de enfermedad grave y aguda o accidente serio cuando el tratamiento adecuado no pueda ser proporcionado localmente	100%
Gastos por el transporte de un familiar o amigo que acompañe al paciente durante la evacuación médica	100%
Gastos por el transporte de regreso al lugar de donde se evacuó al paciente, al completar el tratamiento, para el paciente y la persona acompañante	100%
En caso de fallecimiento, transporte del fallecido incluyendo requerimientos legales, tales como embalsamamiento y ataúd de cinc	100%

La evacuación médica debe ser preaprobada y coordinada por la compañía.

Servicios online

Un resumen completo de su póliza
Copia de su solicitud de seguro de salud
El estatus de sus solicitudes de reembolso más recientes
Información sobre los pagos de su prima online y copia de su recibo
Acceso para cambiar su información demográfica

Cobertura de Viaje (opción suplementaria no incluida automáticamente)

Suma asegurada anual	US\$300,000
Cobertura de enfermedad o lesión inesperada al viajar fuera de su país de residencia Acompañamiento de pariente cercano Repatriación en caso de enfermedad grave e inesperada de un pariente cercano Sin deducible	
Las condiciones que regulan el plan Viaje se encuentran en publicación por separado.	

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Válidas a partir del 1 de enero de 2009

Código: 201-934724-2008 09 001

De conformidad con la Ley de Seguros en Bolivia.

ART. 1 ACEPTACIÓN DEL SEGURO

- 1.1** Bupa Insurance (Bolivia) S.A., de aquí en adelante denominada la compañía, decidirá si la cobertura de seguro puede ser aprobada. Para que el seguro sea aprobado y la compañía se convierta en su aseguradora, la solicitud debe ser aprobada por la compañía y la prima correspondiente debe ser pagada a la compañía.
- 1.2** Para que el seguro sea aceptado por la compañía, debe presentarse una solicitud antes de cumplir los setenta y cinco (75) años. La compañía se reserva el derecho, en casos excepcionales, de renunciar a este requisito.
- 1.3** Para que el seguro pueda ser ofrecido por la compañía bajo las condiciones generales, el solicitante debe gozar de buena salud al momento de la aceptación y no sufrir ni haber sufrido ninguna enfermedad o trastorno recurrentes, ni lesión o debilidad física.
 - 1.3.1** En caso de no cumplirse las condiciones del Art. 1.3, la compañía podrá ofrecer el seguro bajo condiciones particulares. En caso de que la compañía decida ofrecer el seguro bajo condiciones particulares, el titular del seguro recibirá una póliza de seguro confirmando las mismas.
- 1.4** En caso de que el estado de salud del solicitante cambiara después de haber firmado la solicitud, pero antes de ser aceptada por la compañía, el solicitante está obligado a comunicar dicho cambio de inmediato a la compañía.
- 1.5** En cuanto a discrepancias en la póliza, la compañía se regirá de acuerdo al Art. 1013 del Código de Comercio.

ART. 2 CUÁNDO ENTRA EN VIGOR EL SEGURO

- 2.1** El seguro entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de la compañía. La fecha de inicio aparecerá estipulada en la póliza de seguro. La compañía podrá convenir otra fecha de inicio con el titular del seguro.

- 2.2** Este seguro entrará en vigor a las 12.01 a.m. hora boliviana en la fecha de inicio que se estipula en la póliza. Terminará, sujeta al período de gracia, a las 12.01 a.m. hora boliviana en la fecha de aniversario de la póliza.

ART. 3 PERÍODOS DE ESPERA EN RELACIÓN CON NUEVOS CONTRATOS DE SEGURO

- 3.1** Al celebrarse un nuevo contrato de seguro, el derecho de reembolso no entrará en vigor hasta cuatro (4) semanas después de la fecha de inicio del seguro. Sin embargo, el período de espera no se aplica cuando el asegurado pueda probar su transferencia simultánea de un seguro equivalente con otra compañía internacional de seguros de salud.
- 3.1.1** El derecho de reembolso en caso de enfermedades graves y agudas, así como en el de lesiones graves, será efectivo a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.1.2** No obstante, en los casos de embarazos y partos, así como en los de sus secuelas, el derecho de reembolso sólo entrará en vigor después de diez (10) meses a partir de la fecha de inicio del seguro.
- 3.2** El asegurado podrá cambiar la cobertura del seguro por otro tipo de cobertura con efecto a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un mes de antelación a la compañía y sujeto a prueba de asegurabilidad, conforme al Art. 1.
- 3.3** La compañía tramitará una ampliación de la cobertura como una nueva solicitud, de conformidad con el Art. 1.

ART. 4 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO

- 4.1** El seguro cubrirá a cada asegurado nombrado en la póliza de seguro, incluyendo a los niños registrados en la misma.
- 4.2** Dos niños menores de diez (10) años por familia podrán ser asegurados gratuitamente, si se cumplen los requisitos para la aceptación bajo las condiciones generales de conformidad con el Art. 1.3.
- 4.2.1** La cobertura gratuita para los niños estará sujeta además a que el niño esté registrado en la compañía, y que uno de los asegurados tenga la custodia del niño.
- 4.3** Una solicitud deberá ser presentada por cada recién nacido.
- 4.3.1** Si la cobertura de uno de los padres ha estado en vigencia durante un mínimo de diez (10) meses, el recién nacido podrá recibir cobertura a pesar de lo indicado en el Art. 1.3, y sin necesidad de que sea presentado un formulario de solicitud. Sin embargo, por favor consulte el Art. 8.2 h. Deberá presentarse una copia del certificado de nacimiento dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento. Si no se recibe el certificado de nacimiento dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento, será necesario presentar un cuestionario médico con la información del recién nacido, quien deberá pasar por el procedimiento estándar de evaluación de riesgo, según el Art. 1. La inscripción del recién nacido será efectiva a partir de la fecha en que se firme el cuestionario médico.
- 4.3.2** En caso de adopción, el asegurado deberá presentar una declaración de salud por el niño adoptado.
- 4.4** 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.

ART. 5 DÓNDE ES EFECTIVA LA COBERTURA

- 5.1** El seguro ofrecerá cobertura en la región geográfica que aparezca indicada en la póliza de seguro.

ART. 6 QUÉ CUBRE EL SEGURO

- 6.1** El seguro cubrirá los gastos médicos del asegurado, de acuerdo con la cobertura elegida, y observándose las tarifas de reembolso correspondientes. Las tarifas de reembolso válidas aparecen en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura, los cuales forman parte de las Condiciones generales de la póliza.
- 6.2** Se otorgará el reembolso una vez que la compañía haya constatado que los gastos estén cubiertos por el seguro y previa presentación de un formulario de solicitud de reembolso debidamente rellenado y acompañado de las facturas originales y detalladas, así como de los recibos de pago.
- 6.3** Se pagará el importe reembolsable cuando los gastos cubiertos hayan alcanzado el deducible anual. El deducible se reducirá con importes que no excedan las tarifas de reembolso especificadas en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura. El deducible se aplicará por persona y por año póliza. Sin embargo, se aplicarán como máximo dos (2) deducibles por familia, por año póliza. El deducible máximo por año póliza corresponderá a la suma de los dos (2) deducibles de mayor valor que hayan sido alcanzados. Cada hospitalización en los Estados Unidos está sujeta a un coaseguro. Después de aplicar el deducible y los límites determinados, la compañía reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los primeros cinco mil dólares (US\$5,000) y el cien por ciento (100%) de la suma que exceda los cinco mil dólares (US\$5,000) según las tarifas de reembolso correspondientes.
- 6.3.1** Cuando un beneficio tiene un límite máximo de reembolso, los gastos primero serán aplicados al deducible que se haya elegido. Cuando los gastos excedan la cantidad del deducible, la compañía pagará la diferencia entre la cantidad aplicada al deducible y el total de gastos elegibles hasta el límite máximo del beneficio específico indicado en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura.
- 6.3.2** En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente.
- 6.4** Los médicos y especialistas tratantes deberán tener una autorización en el país donde ejercen su profesión. Además, el método de tratamiento deberá estar aprobado y ser considerado como apropiado para el diagnóstico en cuestión por parte de las autoridades de sanidad pública del país de tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, sólo serán cubiertos con la previa aprobación de los consultores médicos de la compañía.
- 6.5** En ningún caso, el importe del reembolso excederá el de la factura. Si el asegurado recibe un reembolso por parte de la compañía que excede

el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la compañía la suma excedente; en caso contrario, la compañía deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y la compañía.

- 6.6** El pago del reembolso estará limitado a los precios usuales, acostumbrados y razonables (UCR) para el área geográfica o el país donde se efectúe el tratamiento.
- 6.7** Cualquier descuento que sea negociado directamente entre la compañía y los proveedores será utilizado exclusivamente por la compañía misma para el beneficio de todas las personas aseguradas bajo el mismo producto de seguro.
- 6.8** Cualquier pago extraordinario se dejará al arbitrio de la compañía. Si la compañía efectúa un pago que no le corresponde por derecho al asegurado, de acuerdo con las condiciones estipuladas en su póliza, el mismo será aplicado a la cobertura máxima anual asegurada por asegurado, por año póliza.
- 6.9** El beneficio de brazos y piernas artificiales cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta un máximo de treinta mil dólares (US\$30.000) por asegurado, por año póliza, con un límite máximo de ciento veinte mil dólares (US\$120.000) de por vida. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial. Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente). Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo. La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-aprobadas por la compañía.
- 6.10** Se proporciona cobertura para el trasplante de órganos, células y tejido humanos hasta la cantidad máxima especificada en la Tabla de beneficios, luego de satisfacer el deducible correspondiente. Este beneficio comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y ha sido aprobada por la compañía, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye:
- Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del asegurado para el procedimiento de trasplante.
 - 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.
- d) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- e) Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- f) Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

ART. 7 EVACUACIÓN MÉDICA

7.1 La cobertura de servicios de evacuación médica estará sujeta a las condiciones que se enumeran a continuación.

7.1.1 Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por el asegurado por concepto de transporte en ambulancia aérea, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o un accidente serio. El transporte se realizará al lugar de tratamiento apropiado más cercano, y sólo en caso de no existir localmente un lugar de tratamiento adecuado.

7.1.2 Los gastos de evacuación por concepto de transporte solamente estarán cubiertos si dicho transporte ha sido coordinado por la compañía.

7.1.3 La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la compañía se hayan puesto de acuerdo sobre la necesidad de trasladar al asegurado, así como también sobre el lugar al que el asegurado debe ser transferido, ya sea a su país de residencia, al país de origen, o al lugar de tratamiento adecuado más cercano.

7.1.4 El seguro cubrirá los gastos razonables y necesarios por concepto de transporte incurridos por una persona para acompañar al asegurado.

7.1.5 Se cubrirá, como máximo, un transporte en el transcurso de una enfermedad.

7.1.6 La cobertura de evacuación médica será efectiva únicamente si la enfermedad está cubierta por el seguro y si la cobertura del asegurado incluye el país al cual es necesario transportarle.

7.1.7 Si el asegurado ha sido transportado hacia un lugar de tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de regreso del asegurado y de la persona acompañante, si la hubiera, al lugar mismo desde el cual el asegurado haya sido trasladado en primer lugar. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días después de concluido el tratamiento. Se cubrirán, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica.

7.1.8 En caso que el asegurado haya alcanzado la fase terminal, después de haber recibido tratamiento cubierto por el seguro, se les

reembolsarán a él(ella) y a la persona acompañante, si la hubiera, los gastos de regreso al lugar de residencia del asegurado.

7.1.9 En caso de fallecimiento se reembolsarán los gastos del transporte a la residencia del fallecido y de las impositiciones legales; tales como embalsamamiento y ataúd de cinc. Los parientes más próximos tendrán las siguientes opciones:

- a) incineración del fallecido y transporte de la urna a su país de residencia, o
- b) transporte del fallecido a su país de residencia.

7.1.10 La compañía no será responsable por retrasos ni restricciones en relación con el transporte que sean causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por las autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones ajenas a la compañía.

ART. 8 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

8.1 El seguro no cubrirá los gastos médicos relacionados con una enfermedad o lesión ya conocida por el titular del seguro y/o por el asegurado al momento de solicitar el seguro, a menos que haya sido aprobado de antemano por la compañía.

8.2 Además, la compañía no será responsable del reembolso de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de:

- a) todo tratamiento y cirugía estética, a no ser que hayan sido médicamente prescritos y aprobados por la compañía;
- b) operaciones por obesidad, a menos que ellas hayan sido preaprobadas por la compañía;
- c) enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, y enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo). Sin embargo, las enfermedades relacionadas con el SIDA y los anticuerpos VIH (seropositivo) estarán cubiertas cuando hayan surgido como consecuencia de una transfusión de sangre recibida después de la fecha de inicio de la cobertura, o en el caso de un accidente ocurrido bajo el transcurso de cualquiera de las siguientes profesiones solamente: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, asistentes médicos o dentales, personal de ambulancia, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El asegurado deberá informar a la compañía sobre dicho accidente antes de que transcurran catorce (14) días, y proporcionar el resultado de un examen de anticuerpos VIH negativo;
- d) abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
- e) lesión física que uno se infiera intencionadamente;
- f) métodos anticonceptivos, incluyendo esterilización;
- g) aborto provocado a no ser que sea prescrito por un médico;
- h) todo tipo de examen y/o tratamiento de fertilidad, inclusive tratamientos hormonales, inseminaciones o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello. Para los niños nacidos como resultado de un tratamiento de fertilidad y/o nacidos de una madre sustituta, siempre se deberá presentar una solicitud y seguir el procedimiento habitual de admisión, conforme al Art. 1;
- i) tratamientos de disfunción sexual;

- j) cualquier forma de cuidado experimental o que no esté incluido en el tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo estadías o tratamientos en establecimientos para cuidados de larga duración, balnearios, clínicas de reposo e instituciones similares;
- k) tratamientos realizados por médicos naturistas u homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos, y otros métodos de tratamiento alternativo, a no ser que éstos estén especificados en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura así como tratamientos mentales durante hospitalización, cuyo único propósito sean procedimientos llevados a cabo por psicólogos;
- l) exámenes médicos de rutina a no ser que estén especificados en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura, incluyendo vacunaciones, emisión de certificados, atestados y exámenes médicos de aptitud para viaje o empleo;
- m) tratamiento por enfermedades durante la prestación del servicio militar;
- n) tratamiento por lesiones o enfermedades causadas directa o indirectamente durante la participación activa en: guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas (con o sin declaración de guerra);
- o) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;
- p) tratamiento realizado por el asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a o relacionada con cualquiera de las personas citadas;
- q) epidemias sujetas a la gestión de las autoridades públicas;
- r) tratamientos realizados por psicólogos;
- s) medicamentos suministrados mediante inyección o de otra manera, artículos médicos y equipos auxiliares, tales como yeso y muletas, que no hayan sido suministrados durante una hospitalización a no ser que estén especificados en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura;
- t) hospitalización cuyo único propósito sea la administración de medicamentos, el tratamiento por parte de un terapeuta o de un profesional en prácticas médicas alternativas, o cualquier otro tratamiento que bien hubiera podido ser llevado a cabo de forma ambulatoria.

ART. 9 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

9.1 El Asegurado o beneficiario, según el caso, tienen la obligación de facilitar, a requerimiento de la Compañía, todas las informaciones que tengan sobre los hechos y circunstancias del siniestro, a suministrar las evidencias conducentes a la determinación de la causa, identidad de las personas o intereses asegurados y cuantía de los daños, así como permitir las indagaciones pertinentes necesarias a tal objeto. Se deberá enviar a la compañía un formulario de solicitud de reembolso debidamente rellenado para cada una de las reclamaciones. Dicho formulario deberá ser rellenado y firmado por el médico tratante e ir acompañado de las facturas oficiales, originales y detalladas, y de los recibos por concepto del tratamiento efectuado. Las facturas y los recibos deben estar denominados en la moneda del país donde el tratamiento haya tenido lugar. Las fotocopias no serán consideradas como documentación válida. Cuando los gastos superen el deducible, para el pago del reembolso, el asegurado deberá procurar que las facturas por cualquier tratamiento realizado en Bolivia sean emitidas a nombre de

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con el número NIT 158270027. Las facturas deberán estar siempre acompañadas de un formulario de solicitud de reembolso debidamente rellenado y del informe médico respectivo.

9.2 La solicitud de reembolso deberá enviarse a la compañía a más tardar 180 (ciento ochenta) días después del incidente cubierto por el seguro.

Sin embargo, para su aceptación y recibir reembolso por cualquier tratamiento en Bolivia, una vez superado el deducible, las facturas deberán emitirse a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y presentarse físicamente a la Aseguradora a más tardar el último día hábil del mes en el cual se emitió la factura; caso contrario, la Aseguradora podrá descontar el valor del crédito fiscal IVA del monto total de la misma y el reembolso se hará deduciendo el crédito fiscal IVA.

9.2.1 La Compañía debe pronunciarse sobre el derecho del Asegurado o beneficiario dentro de los treinta (30) días de recibida la información y evidencia solicitada. Se dejará constancia escrita de la fecha de recepción de la información y evidencias a efecto del cómputo del plazo. El plazo de treinta (30) días mencionado, fenece con la aceptación o rechazo del siniestro o con la solicitud de la Compañía al Asegurado que se complementen mayores requerimientos y no vuelve a correr hasta que el Asegurado haya cumplido con tales requerimientos. La solicitud de complementos por parte de la Compañía no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de informes y evidencias, debiendo pronunciarse dentro del plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del Asegurado, después de la entrega por parte del Asegurado del último requerimiento de información. El silencio de la Compañía, vencido el término para pronunciarse o vencidas las solicitudes de complementación, importa la aceptación del reclamo.

9.2.2 Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la compañía deberá serle notificada en el término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe del reembolso. 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, salvo exista fuerza mayor o impedimento debidamente justificado, el Asegurado tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.

9.3 Toda hospitalización deberá serle comunicada de inmediato a la compañía, indicando el diagnóstico establecido por el médico. Toda notificación deberá realizarse por teléfono, fax o e-mail. La compañía reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.

9.3.1 Todo tratamiento ambulatorio u hospitalización, que tenga lugar dentro de la red de proveedores de la compañía en los Estados Unidos, deberá ser preaprobado por la compañía misma. En caso de que una preaprobación así no le fuera solicitada, los gastos sólo serán reembolsables de acuerdo con las tarifas máximas indicadas en la Tabla de beneficios y límites de la cobertura vigentes para tratamientos fuera de la red. Si, debido a una emergencia, el asegurado no tiene la posibilidad razonable de ponerse en contacto con la compañía para obtener dicha preaprobación, el asegurado estará en la obligación de informarle sobre cualquiera admisión hospitalaria dentro de un plazo no mayor a setenta y dos (72) horas.

9.3.2 Si durante la fase aprobatoria se hace evidente que la red de proveedores de la compañía en los Estados Unidos no puede ofrecer el tratamiento necesario, la compañía reembolsará los gastos como si el tratamiento hubiera sido realizado dentro de la red de proveedores.

ART. 10 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

- 10.1** En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, ello deberá ser declarado ante la compañía al solicitar un reembolso.
- 10.2** Bajo estas circunstancias, la compañía coordinará los pagos con otras compañías; y la compañía no será responsable de liquidar un importe mayor al proporcional.
- 10.3** Si los gastos son cubiertos en su totalidad o parcialmente bajo otro plan o programa financiado por un gobierno, la compañía no será responsable del monto cubierto.
- 10.4** El titular del seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la compañía y a notificarle cualquier reclamación o derecho contra terceras partes.
- 10.5** Así mismo, el titular del seguro y cualquier otra persona asegurada mantendrán a la compañía informada, y tomarán las medidas correspondientes para reclamar ante terceras partes y salvaguardar los intereses de la compañía.
- 10.6** En todos los casos, la compañía tendrá el pleno derecho de subrogación.

ART. 11 PAGO DE LA PRIMA

- 11.1** Las primas serán determinadas por la compañía, y deberán pagarse por adelantado. La compañía ajustará las primas una vez al año, a la fecha de aniversario de la póliza, con base en los cambios del año calendario anterior en las coberturas y/o en la evolución de siniestros de la clase de seguro que corresponda.
- 11.2** La prima es calculada según la edad del asegurado y será ajustada en la siguiente fecha de aniversario de la póliza después del cumpleaños del asegurado.
 - 11.2.1** En el caso de un menor de edad que cumple diez (10) años, la prima será cobrada en la siguiente fecha de aniversario de la póliza después del décimo cumpleaños.
- 11.3** La prima inicial será pagadera a la fecha de inicio de la póliza. El titular del seguro podrá elegir entre pagos trimestrales, semestrales o anuales, por lo que la vigencia de la póliza está relacionada al pago realizado por el asegurado. En todo caso, las primas serán siempre pagadas por adelantado.
- 11.4** En caso de que el asegurado opte por pagos semestrales o trimestrales y un siniestro ocurra antes del pago total de la prima anual, la compañía descontará del reembolso el importe total de la prima anual.
- 11.5** Los cambios del término de pago podrán efectuarse únicamente con previo aviso por escrito, presentado a más tardar treinta (30) días antes de la fecha de aniversario de la póliza.
- 11.6** Se concederá un plazo extraordinario de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima.
- 11.7** El titular del seguro será responsable del pago puntual a la compañía; y si la prima no es recibida dentro del plazo de diez (10) días a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, cesará toda responsabilidad por parte de la compañía.
- 11.8** En caso de fallecimiento de un titular de seguro que también se encuentre asegurado bajo la póliza, ésta podrá ser exonerada de prima por un período de doce (12) meses desde la próxima fecha de vencimiento de la

misma. La muerte deberá haber sido causada por una condición médica que hubiera sido cubierta por el seguro, si el titular de seguro hubiera sobrevivido. La exoneración será válida únicamente para el(la) cónyuge o pareja y sus hijos menores de veinticuatro (24) años que permanezcan asegurados bajo la póliza existente; y cesará automáticamente en caso de que el(la) cónyuge o pareja sobreviviente contraiga matrimonio. La exoneración no abarca ninguno de los seguros suplementarios.

- 11.9** Por favor vea las disposiciones del Art. 6.5 acerca del pago de importes pendientes.

ART. 12 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA

- 12.1** El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicarle por escrito a la compañía cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cambios cualesquiera en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Si el titular del seguro y/o el asegurado cambian su dirección a una zona con tarifas de prima distintas, la prima vigente para esta nueva zona entrará en vigor a partir de la próxima fecha de aniversario. Así mismo, deberá notificarse la defunción del titular de seguro y/o de un asegurado. La compañía no será responsable de las consecuencias, en caso de que el titular del seguro y/o los asegurados hayan omitido notificarle a la compañía tales sucesos.
- 12.2** El asegurado también estará obligado a proveerle a la compañía todas las informaciones asequibles y necesarias para la tramitación, por parte de la compañía, de las reclamaciones presentadas por el asegurado.
- 12.3** Así mismo, la compañía se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc, que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La compañía, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

ART. 13 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE

- 13.1** Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.
- 13.2** El seguro será renovado automáticamente a cada fecha de aniversario de la póliza.
- 13.2.1** La rescisión unilateral por parte del asegurado se registrará de acuerdo a lo estipulado en los Art. 1023 y 1024 del Código de Comercio y la siguiente tabla de Período Corto será aplicada para la devolución de la prima pagada:

Meses de seguro	Proporción de la prima
1	25%
2	40%
3	55%
4	65%
5	75%
6	80%
7	85%
8	90%
9	95%
10	100%

Se establece que la base del cálculo será la prima base. En caso de que la compañía hubiera reembolsado un siniestro por un monto igual o superior al monto de la prima anual, ésta será considerada como prima ganada por la compañía y no corresponderá devolución alguna. Se entiende por prima base a la prima comercial menos los impuestos de ley. Período Corto se define como el cálculo utilizado para la devolución de las primas en caso de cancelación del contrato de póliza por parte del asegurado antes de término.

- 13.3** En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado, al momento de la suscripción del seguro o posteriormente, hayan alterado documentos originales de modo fraudulento, o hayan presentado información incorrecta a la compañía, o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la misma, el contrato de seguro quedará nulo y sin efecto para ella.
- 13.4** En caso de que al suscribir el seguro o posteriormente el titular del seguro y/o cualquiera de los asegurados hubiesen dado informaciones incorrectas, el contrato de seguro se considerará nulo, y la compañía quedará exenta de responsabilidad, si de haberse dado las informaciones correctas ésta no hubiera aceptado el seguro. Si la compañía hubiera aceptado el seguro, pero bajo condiciones especiales, la compañía será responsable en la medida en que ésta se hubiera comprometido en conformidad con la prima convenida.
- 13.4.1** En caso de que el contrato de seguro sea considerado como nulo, conforme a los Art. 13.3 y 13.4, la compañía tendrá derecho a honorarios de servicio equivalentes a un cierto porcentaje de la prima devengada.

- 13.5** En caso de que el titular del seguro y/o el asegurado –al suscribir el seguro– no supieran ni debieran haber sabido que la información dada era incorrecta, la compañía será responsable como si la información incorrecta no hubiera sido dada.
- 13.6** La compañía podrá detener o suspender un producto de seguro, con previo aviso de tres (3) meses antes del aniversario de la póliza, ofreciéndole al asegurado una cobertura de seguro equivalente.
- 13.7** Con el cese del seguro, cesará al mismo tiempo el derecho de reembolso. No obstante, los gastos cubiertos por el seguro, y pagados durante la vigencia del mismo, se reembolsarán hasta tres (3) meses después del cese del seguro. Las consecuencias de enfermedades o lesiones sufridas durante la vigencia del seguro no estarán cubiertas después del cese del seguro.

ART. 14 CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

- 14.1** La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la compañía y para todas sus afiliadas. La compañía toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados muy seriamente. Con este fin, la compañía cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo (en su caso) 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 datos personales de asegurados por

parte de la compañía se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por estas Condiciones Generales, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.bo.

La compañía puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales de asegurados. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, incluso en países en donde es posible que 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 a cargo de ellos, 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 conducto nuestro.

Si el titular del seguro se transfiere a otro seguro de la compañía a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras afiliadas, entonces la compañía compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza con respecto al titular del seguro y a los miembros de su familia asegurados bajo la póliza.

La compañía podrá compartir la información de asegurados bajo la póliza con el titular del seguro por medio de quien los miembros de la familia del titular del seguro (actuales o propuestos) que han sido presentados a la compañía para fines de incorporarlos bajo los beneficios de cobertura de la póliza de seguro. La información personal los miembros de la familia del titular del seguro y que puede así ser compartida por la compañía, 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.

Los asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la compañía, en www.bupasalud.com.bo.

ART. 15 LITIGIOS, FUERO, ETC.

- 15.1** Las controversias de derecho suscitadas entre las partes sobre la naturaleza y alcance del contrato de seguro, serán resueltas en única e inapelable instancia, por la vía del arbitraje, de acuerdo a lo previsto en la Ley No 708, Ley de Conciliación y Arbitraje y el procedimiento aplicable será el previsto en el Reglamento de Arbitraje del Centro que administrará el arbitraje. Sin perjuicio de lo anterior, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda (UFV100.000,00). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

GLOSARIO

ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una lesión corporal demostrable que requiere una hospitalización inmediata de más de veintitrés (23) horas durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

ADMISIÓN POR EL DÍA: Tratamiento en clínica u hospital donde por cuestiones médicas el paciente normalmente necesita ocupar una cama por un período menor a 24 horas.

ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

AMÉRICA LATINA: Los países situados al sur de los Estados Unidos: América del Sur, América Central y el Caribe, excepto México.

ASEGURADO: El titular del seguro y/o todas las demás personas aseguradas tal como aparecen indicadas en la póliza de seguro válida.

CIRUGÍA: Tratamiento o intervención quirúrgica, que no incluye exámenes endoscópicos o tomografías, aún cuando los mismos puedan requerir anestesia.

COASEGURO: El porcentaje de los gastos médicos que el asegurado debe pagar, en caso de ser hospitalizado en los Estados Unidos.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: El historial médico, incluyendo las enfermedades y las condiciones indicadas en la declaración de salud, las cuales pueden afectar la decisión de la compañía de asegurar o no al solicitante o de imponer condiciones especiales sobre su cobertura.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA: Las condiciones y términos del seguro adquirido.

CONDICIONES PARTICULARES: Las restricciones, limitaciones y condiciones aplicadas a nuestras condiciones generales, tal como se especifican en la póliza de seguro y que prevalecen sobre las condiciones generales.

CONDICIONES GENERALES: Las condiciones del seguro de la compañía, sin restricciones especiales, limitaciones o condiciones.

CUIDADOS TERMINALES: Cuidados recibidos por el asegurado una vez declarada la fase terminal de su condición médica; cuidados físico, psicológico y social, inclusive; así como la acomodación del asegurado en una cama, la atención por parte de una enfermera y los medicamentos que le sean prescritos. Estos servicios deberán ser preaprobados por la compañía.

DEDUCIBLE: La suma total de dinero indicada en la póliza de seguro y que cada asegurado está de acuerdo en pagar por cada año póliza antes de ser compensado por la compañía.

DOCUMENTOS: Cualquier información escrita y relacionada con el seguro, incluyendo facturas originales, pólizas de seguro y otros.

ENFERMEDAD GRAVE Y AGUDA: Se determinará que una enfermedad es grave y aguda después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la compañía.

FAMILIA: La madre y/o el padre y sus hijos menores de veinticuatro (24) años. Aquellos hijos que hayan alcanzado los veinticuatro (24) años de edad obtendrán, para entonces, una póliza por separado.

FASE TERMINAL: Cuando la probabilidad de que el acontecimiento de la muerte se produzca es muy alta, y se ha descartado médicamente la terapia activa en favor del alivio de los síntomas y el apoyo al paciente y a su familia. Esta decisión debe ser confirmada por los consultores médicos de la compañía.

FECHA DE ANIVERSARIO: Renovación del seguro que tiene lugar doce (12) meses a partir de la fecha del inicio de la póliza y la misma fecha cada año.

FECHA DE INICIO: Fecha indicada en la póliza de seguro como fecha de comienzo del seguro, a menos que se especifique lo contrario en las Condiciones generales de la póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: Fecha en la cual debe pagarse la prima.

FUERA DE LA RED: Todo tratamiento susceptible de cobertura que tiene lugar en los Estados Unidos, utilizando proveedores ajenos a la red de proveedores de la compañía. Cuando un tratamiento sea llevado a cabo fuera de dicha red, éste será reembolsable de acuerdo con la Tabla de beneficios y límites de la cobertura y una vez sean descontados el deducible y el coaseguro del caso.

HOSPITALIZACIÓN: Cirugía o tratamiento médico en clínica u hospital, realizado durante una admisión hospitalaria, con una duración de más de 24 horas, y para el cual es necesario ocupar una cama durante la noche.

LESIÓN GRAVE: Se determinará que una lesión es grave después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la compañía.

PERÍODO DE ESPERA: Período de tiempo a partir de la fecha de inicio de la póliza, donde el seguro no cubre, a excepción de lo especificado en el Art. 3.

PÓLIZA DE SEGURO: Documento que especifica y detalla el tipo de seguro adquirido, la prima, la forma de pago, el deducible y las condiciones especiales.

RECLAMACIÓN: La demanda económica cubierta parcial o totalmente por el

seguro. Durante la evaluación y la decisión sobre el reembolso, es determinante para la compañía cuándo tuvo lugar el tratamiento; y no el momento en que ocurrió la lesión o enfermedad.

RED DE PROVEEDORES: Red conformada por proveedores con los que la compañía tiene acuerdos de servicio en los Estados Unidos, la cual consiste de clínicas, hospitales y médicos. Si un tratamiento durante el día o una hospitalización cubierta se lleva a cabo dentro de la red de proveedores de la compañía, será reembolsable al cien por ciento (100%) luego de aplicar deducible y coaseguro. La información sobre la red de proveedores está disponible poniéndose en contacto con la compañía o visitando www.bupalud.com.

REHABILITACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: Tratamiento cuyo propósito es la recuperación de la salud física y/o de la aptitud motora del asegurado; y que tiene lugar durante su hospitalización o bien amerita su ingreso en un centro de rehabilitación autorizado después de una hospitalización causada por enfermedad o accidente serios.

RENOVACIÓN: Renovación automática del seguro a partir de la fecha de aniversario.

SEGURO: Condiciones generales de la póliza y póliza de seguro que representan el contrato con la compañía, y donde se indican los términos del seguro, la prima a pagar, el deducible y las tarifas de reembolso.

SOLICITANTE: La persona indicada en el formulario de solicitud y en la declaración de salud como solicitante del seguro.

SOLICITUD: El formulario de solicitud y la declaración de salud.

SUBROGACIÓN: Derecho que tiene la compañía de proceder, en nombre del asegurado, contra terceras partes; así como el derecho por parte de la compañía de requerir el pago al asegurado si éste recuperara los gastos de terceras partes.

TARIFAS DE REEMBOLSO: Las cantidades máximas que serán pagadas a manera de reembolsos de gastos médicos durante un año, desde la fecha de inicio o desde cada fecha de aniversario, según se detallan en las Condiciones generales de la póliza.

TITULAR DEL SEGURO: Persona identificada como titular del seguro en el formulario de solicitud.

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

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo

No. 2005, Edificio Spazio

Oficina 201 - 203

Santa Cruz, Bolivia

Tel. +(591) 3 3424264

www.bupasalud.com