SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES

BUPA GLOBAL HEALTH PLANS

CONDICIONES GENERALES
DE LA PÓLIZA

BUPA BOLIVIA

SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES

BUPA GLOBAL HEALTH PLANS

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

CÓDIGO APS No: 201-9347103-2021 01 027
Resolución Administrativa APS/DS/N°013/2021

ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES	
1.1	BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S. A. (de ahora en adelante denominada la "**Aseguradora**"), en consideración a las declaraciones contenidas en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** presentado por el **solicitante** (de ahora en adelante denominado el "**Asegurado Titular**") y sus declaraciones individuales contenidas en otros formularios como la declaración de buena salud o declaración de residencia, las cuales se incorporan al presente **contrato** para sus efectos vinculantes, se compromete a reembolsarle al **Asegurado Titular** los gastos médicos incurridos por éste último y/o sus **dependientes asegurados** de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta **póliza**. Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta **póliza**, incluyendo los montos **deducibles** aplicables, los beneficios con **límites máximos** y otros límites estipulados en la **Tabla de Beneficios**. El **contrato** de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** lo constituye la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, las **Condiciones Particulares de la Póliza**, las Condiciones Generales de la **póliza**, y otros **anexos** que se agreguen al mismo. Ninguna otra persona, incluyendo a los **dependientes asegurados**, podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este **contrato** de seguro. Los **dependientes asegurados** pueden hacer uso del proceso de quejas establecido en el Artículo 18 de este documento. En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** procederá según lo establecido en el numeral 8.3 del presente documento.
1.2	DISCREPANCIAS EN LA PÓLIZA: Si el **Contratante o el Asegurado Titular** encuentra que la póliza no concuerda con lo convenido o con lo propuesto, puede pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días siguientes a la recepción de la póliza. Se consideran aceptadas las estipulaciones de ésta si durante dicho plazo no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince (15) días siguientes al de la reclamación la **Aseguradora** no da curso a la rectificación solicitada o mantiene silencio, se entiende aceptada en los términos de la modificación.
1.3	MODIFICACIÓN DE CONDICIONES: Ningún **intermediario de seguros** tiene la autoridad para modificar la **póliza** o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la **póliza** haya sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea autorizado por escrito por la **Aseguradora**.
1.4	AVISO IMPORTANTE SOBRE LA **SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES**: Esta **póliza** es emitida con base a la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y al pago de la prima. La reticencia o inexactitud en las declaraciones del **Asegurado Titular** sobre los hechos y circunstancias que conocidos por la **Aseguradora**, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro..
1.5	RETICENCIA O INEXACTITUD: La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del **Asegurado Titular**, sin dolo de su parte, dan derecho a la **Aseguradora** a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado del riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el **Asegurado Titular** no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.
1.6	CESIÓN: La cesión de la póliza nominativa no produce efecto sin la previa aceptación de la **Aseguradora**; se presume su aceptación si ésta guarda silencio por el término de quince días desde su notificación escrita.

ARTÍCULO 2: ADMINISTRACIÓN GENERAL	
2.1	En este documento, y tal como se describe en el Artículo 20 "Definiciones", el término "**Aseguradora**" se refiere a Bupa Insurance(Bolivia) S. A. y el término "**Asegurado Titular**" se refiere al Asegurado Titular nombrado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**.
2.2	Los términos definidos en el Artículo 20 "Definiciones" corresponden a los términos destacados en **negrilla** en este documento, en la **Tabla de Beneficios** y/o en las Exclusiones y Limitaciones.
2.3	VIGENCIA DE LA **PÓLIZA**: La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de Bolivia en la **fecha efectiva de la p**óliza consignada en las **Condiciones Particulares de la Póliza**, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Bolivia en la **fecha de vencimiento del pago**. La **póliza** tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la **póliza** vigente en la **fecha de vencimiento del pago**. Si la **póliza** es renovada, se forma un nuevo **contrato** bajo los mismos términos que el **año póliza** anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al **Asegurado Titular** en el momento de la **renovación**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de no emitir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si emitir dicha **póliza** infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquier de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.
2.4	ENTREGA DE LA **PÓLIZA**: La **póliza** se considerará entregada al ser recibida por el **Asegurado Titular** en el lugar indicado para recibir notificaciones en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
2.5	ELEGIBILIDAD: 2.5.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: Esta **póliza** sólo puede ser emitida a **residentes** de Bolivia con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los **dependientes** elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para **Asegurados Titulares** ya cubiertos bajo esta **póliza**. Esta **póliza** no puede ser emitida a personas que residen permanentemente en cualquier otro país que no sea Bolivia. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en el Estado Plurinacional de Bolivia. Sin perjuicio de lo anterior, la **Aseguradora** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **Asegurado Titular** en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a Bolivia, y conllevará a la posible terminación de cobertura si el **Asegurado Titular** se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América. 2.5.2 **DEPENDIENTES** ELEGIBLES: Los **dependientes** elegibles bajo esta **póliza** son aquéllos que han sido identificados en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**. Los **dependientes** elegibles incluyen al **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular**, así como hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, y menores de edad para quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado representante legal por un juez competente. 2.5.3 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD: Para que el/la **conviviente** del **Asegurado Titular** sea un **dependiente** elegible, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos: (a) Que ni el **Asegurado Titular** ni el **dependiente** elegible puede estar actualmente casado o ser **conviviente** de otra persona. (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente. (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad. (d) Los dos deben tener capacidad civil para contratar. (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente y proporcionar los documentos que comprueben una de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera: i. Ambos son propietarios de una residencia en común, o ii. Que cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos: • Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones • Un crédito donde ambos son deudores mancomunados • Un contrato de arrendamiento de residencia que identifique a ambos como arrendatarios • Una póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

2.5	2.5.4 AMPLIACIÓN Y TERMINACIÓN DE COBERTURA: La cobertura está disponible para los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros y **estudiantes a tiempo completo** en un colegio o universidad debidamente registrado 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 vencimiento de pago**, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y **estudiantes a tiempo completo**. Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser un **estudiante a tiempo completo** después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o toma residencia permanente en otro país que no sea Bolivia, o si el (la) **cónyuge dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o anulación, o el(la) **conviviente** deja de serlo, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o de la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, 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**. 2.5.5 CONTINUIDAD DE COBERTURA: El **dependiente** que estuvo cubierto bajo una **póliza** anterior con la **Aseguradora** y que es elegible para cobertura bajo su propia **póliza**, será aprobado sin necesidad de una evaluación de riesgo para una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la **póliza** anterior. Su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** debe ser recibida antes de terminar el **período de gracia** de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. 2.5.6 El **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su **cónyuge** o **conviviente** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en las **Condiciones Particulares de la Póliza** que la **Aseguradora** extiende al **Asegurado Titular**. Para solicitarlo, deberá llenar una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. 2.5.7 Será causa de terminación anticipada de la **póliza**, sin responsabilidad para la **Aseguradora**, si el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el **dependiente**, fueren condenados por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien son mencionados en las listas que emite la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrado en la comisión de los delitos señalados. En caso que el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el **dependiente** obtengan sentencia absolutoria o dejen de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la **póliza** se encuentre dentro del periodo de vigencia, la **Aseguradora** la rehabilitará, por el periodo de vigencia así como proporcionando los derechos, obligaciones y antigüedad de la **póliza** que se está rehabilitando.
2.6	MONEDA: Todos los valores monetarios mencionados en esta **póliza** están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US$). El tipo de cambio utilizado para pagos de primas y facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares de los Estados Unidos de América (US$), estarán calculados de acuerdo con el tipo de cambio publicado diariamente por el Banco Central de Bolivia. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de efectuar los pagos o reembolsos en la moneda en que se facturó el servicio o **tratamiento**.
2.7	DOMICILIO: Se fija como domicilio de las partes el Estado Plurinacional de Bolivia. Para los efectos de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro del Estado Plurinacional de Bolivia. Si el **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y de poner en contacto al **Asegurado Titular** con una aseguradora de Bupa en otro país. Una vez realizado el cambio, Bupa Bolivia no será administrador de la **póliza**.

2.8	LEGISLACIÓN APLICABLE: Esta **póliza** se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora y le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Bolivia relacionadas con el contrato de seguro, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia del Estado Plurinacional de Bolivia.
2.9	AVISOS Y NOTIFICACIONES: El **Asegurado Titular** deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro directamente a las oficinas centrales de la **Aseguradora** en Bolivia, cuya dirección está señalada en las **Condiciones Particulares de la Póliza**. La **Aseguradora** por su parte enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el **Asegurado Titular** señaló en la solicitud de la presente póliza.
ARTÍCULO 3: COBERTURA	
3.1	La **Aseguradora** únicamente cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad y siempre que se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios**. Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, el parto normal, cesárea, tratamiento pre y post natal, complicaciones, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.1 HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL **Código APS No. :** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, el alojamiento, camas extra, derecho a sala, insumos, materiales clínicos, medicamentos, cuidados intensivos, cirugía, exámenes de patología, fisioterapeutas, cirugías, prótesis e implantes, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.2 CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS Y/O PACIENTES AMBULATORIOS **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, gastos por imageneología, condiciones congénitas, tratamientos de cáncer, transplantes, diálisis, SIDA, actividades y deportes peligrosos, autismo , alzheimer, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.3 TRATAMIENTO AMBULATORIO **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, cirugía ambulatoria, exámenes de patología, radiología, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas, podología, consultas medicina alternativa, medicamentos, equipo médico, asesoría nutricional, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.4 SALUD MENTAL **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, salud mental durante hospitalización u ampbulatoria, crisis de ansiedad o psicótica, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.5 EMBARAZO Y PARTO **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, el parto normal, cesárea, tratamiento pre y post natal, complicaciones, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.6 TRANSPORTE Y VIAJES **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, viajes de traslado, evacuación médica y no médica, repatriación médica, costos de viaje, alimentación, ambulancia aérea, terrestre, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.7 TRATAMIENTO DENTAL **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, el tratamiento dental, restauración no estética, ortodoncia, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.8 TRATAMIENTO PREVENTIVO **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, exámenes de salud, vacunas, exámenes de vista, dental, pruebas, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.9 DISPOSITIVOS PARA LA AUDICIÓN Y LA VISTA **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, aparatos auditivos, anteojos, cirugía refractiva, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.10 REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, enfermería, cuidados paliativos, rehabilitación multidisciplinaria, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.** 3.1.11 BENEFICIOS ADICIONALES **Código APS No.:** Se podrá amparar de manera descriptiva más no limitativa, segunda opinión quirúrgica, coberturas de costo cero para niños, cobertura para dependientes por fallecimiento, tal como y siempre que, se encuentre establecido en la **Tabla de Beneficios.**

3.2	La **póliza** contempla el pago de un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, por cada **año póliza**, según el plan seleccionado por el **Asegurado Titular**, los cuales están especificados en las **Condiciones Particulares** de la Póliza. Los **deducibles** anuales aplican por separado al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir los **deducibles** anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada **año póliza**. Si corresponde el pago del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** será responsable por el pago del **deducible** correspondiente a cada **asegurado** cubierto bajo su **póliza** directamente al proveedor hasta alcanzar el total del **deducible** anual correspondiente. Deberá cubrirse el **deducible** antes de que inicie la responsabilidad de la **Aseguradora** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada. Todas las cantidades correspondientes al pago de **deducibles** se acumulan hasta un total máximo por **póliza** equivalente a la suma de dos (2) **deducibles** individuales por **año póliza**. Todos los **asegurados** bajo la **póliza** contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los **deducibles** dentro y fuera del **país de residencia**. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al **deducible** por **póliza** han sido alcanzadas, la **Aseguradora** considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada **asegurado** por concepto de **deducible**. Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la **Tabla de Beneficios** no se tomarán en cuenta para el cálculo del **deducible** anual. Aun cuando la cantidad que el **Asegurado Titular** esté reclamando sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** debe enviar a la **Aseguradora** su reclamación para que la **Aseguradora** sepa cuándo el **asegurado** correspondiente ha cubierto su **deducible** anual. Los gastos elegibles incurridos por el **asegurado** durante los últimos tres (3) meses del **año póliza** que sean utilizados para acumular al **deducible** correspondiente para ese **año póliza**, serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del **año póliza**. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**, y posteriormente el **asegurado** presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del **año póliza**, el beneficio otorgado será revertido, y el **asegurado** será responsable del pago del **deducible** del siguiente **año póliza**. En caso de **accidente**, se eliminará el **deducible** en los gastos incurridos durante el **año póliza** en que ocurrió el **accidente**, cuando así se especifique en las **Condiciones Particulares** de la Póliza. Si el **accidente** ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el **deducible** se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados de la **dolencia** relacionada con el **accidente**. Es obligación del **asegurado** notificar el accidente a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del **deducible** si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.
3.3	Si se hiciera necesario por cualquier razón que la **Aseguradora** pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad sujeta a **deducible** anual, la **Aseguradora** procederá para obtener posteriormente dicho pago del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** para obtener dicho pago por medio del acuerdo de pago con débito directo o con tarjeta de crédito que haya sido proporcionado en la solicitud o que haya sido actualizado posteriormente. Ya que esta **póliza** está sujeta a un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, el **Asegurado Titular** deberá asegurarse de que la **Aseguradora** tenga una autorización actualizada para pago con débito directo o con tarjeta de crédito que permita a la **Aseguradora** proceder a obtener pago por cualquier **deducible** que haya cubierto en nombre del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** deberá actualizar la información para pago con débito directo o con tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite la **Aseguradora**. De lo contrario, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar ninguna reclamación hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier **deducible** pendiente.

3.4	PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: Algunos de los beneficios bajo esta **póliza** están sujetos a un requisito de pre-autorización. La pre-autorización le permite a la **Aseguradora** confirmar la cobertura del **asegurado** y autorizar los beneficios como corresponde. El **asegurado** deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**. El **asegurado** deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el **beneficio cubierto** no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-autorización original. Se recomienda que el **asegurado** notifique a la **Aseguradora** por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el **tratamiento de emergencia** dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**. En caso de **accidente**, es obligación del **asegurado** notificar a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la **Aseguradora** en caso de haberse notificado el **accidente** a tiempo. Además, en caso de **accidente**, no corresponderá la eliminación del deducible si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.
3.5	OBLIGATORIEDAD DEL **ASEGURADO**: Antes de cualquier pre-autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la **Aseguradora** podrá solicitar al **asegurado** cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la **Aseguradora** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de la **Aseguradora** (bajo el costo de la **Aseguradora**), quien a su vez proporcionará a la **Aseguradora** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**. El **asegurado** debe proporcionar a la **Aseguradora** todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la **Aseguradora**, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la **Aseguradora** obtenga tales expedientes y reportes médicos. La **Aseguradora** o el beneficiario, según el caso, tienen la obligación de facilitar, a requerimiento del Asegurador, 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.
3.6	En caso de que la **Aseguradora** efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular** por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta **póliza**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **Asegurado Titular**.
3.7	CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta **póliza**, las **condiciones preexistentes** se clasifican en dos (2) categorías: (a) Las que son declaradas al momento de llenar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: i. Estarán cubiertas después de un **período de espera** de sesenta (60) días calendario cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas**, **signos**, o **tratamiento** durante un período de cinco (5) años antes de la **fecha de inicio de cobertura** a menos que se indique que están excluidas específicamente en las **Condiciones Particulares** que forma parte integral de la **póliza**. ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la **fecha de inicio de cobertura** cuando el **asegurado** presente **síntomas**, **signos**, o **tratamiento** en cualquier momento durante el período de cinco (5) años antes de la **fecha de inicio de cobertura** a menos que estén excluidas específicamente en las **Condiciones Particulares**. (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: Estas **condiciones preexistentes** NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la **póliza** se encuentre en vigor. Además, la **Aseguradora** se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la **póliza** en base a la omisión de dicha información por parte del **asegurado**.
3.8	PRESCRIPCIÓN: Las acciones emergentes del presente contrato prescriben en dos años a contar de la fecha del siniestro. Además de las causas ordinarias, la prescripción se interrumpe por cualquiera de los actos jurídicos establecidos por la ley. La cobranza de la prima devengada, prescribe en el mismo plazo a contar de la fecha en que ella es exigible.

ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	
4.1	En este Artículo encontrará un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la **Aseguradora** como parte del seguro de salud. Además de esto, el **asegurado** podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su cobertura, como lo explica el documento de **Condiciones Particulares**.
4.2	COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES: Cuando el **asegurado** presentó su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, se le pidió que suministrara toda la información acerca de cualquier **lesión**, **enfermedad o dolencia** por la cual el **asegurado** y/o sus **dependientes** han recibido medicamentos, indicaciones médicas o **tratamientos**, así como **síntomas** que hayan experimentado antes solicitar el seguro con la **Aseguradora**. Esto es conocido como **condiciones preexistentes**.
4.3	El equipo médico de la **Aseguradora** ha analizado el historial médico del **Asegurado Titular** y sus **dependientes** para decidir los términos sobre los cuales se le ofrece este seguro de salud. Es posible que la **Aseguradora** haya ofrecido cobertura para **condiciones preexistentes**, posiblemente mediante una extra-prima, que haya decidido excluir **condiciones preexistentes** específicas, o que haya aplicado otras restricciones al seguro de salud. En el caso que la **Aseguradora** haya aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la **póliza** del **asegurado**, esto será descrito en el documento de **Condiciones Particulares**. Esto significa que la **Aseguradora** no cubrirá los costos de **tratamiento** para dichas **condiciones preexistentes**, los **síntomas** relacionados con ellas, o cualquier condición que sea resultado de o esté relacionada con dichas **condiciones preexistentes**. De igual modo, la **Aseguradora** no cubrirá ninguna **condición preexistente** que el **asegurado** no haya informado debidamente durante el proceso de solicitud.
4.4	Si la **Aseguradora** no ha incluido en el documento de **Condiciones Particulares** una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier **condición preexistente** que el **asegurado** haya declarado en su solicitud está cubierta bajo la **póliza**.
4.5	EXCLUSIONES GENERALES: Las exclusiones contenidas en los numerales 4.6 al 4.51 corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente. Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en las **Condiciones Particulares**, la **Aseguradora** no proporciona cobertura o beneficios para ninguna de las exclusiones y limitaciones mencionadas en esta sección, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, ni para las **condiciones preexistentes** que estén directamente relacionadas con: ◦ Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones; ◦ Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos; ◦ Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y ◦ Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos. ◦ Los títulos incluidos a continuación no reconocen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción enunciada.
4.6	ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: **Tratamiento** por cualquier **lesión** que resulte de participar en cualquier **actividad o deporte peligroso**, ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.7	ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO: La admisión electiva en un **hospital, clínica o sanatorio** por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la **Aseguradora**.
4.8	ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a **asegurados** con **enfermedades** o condiciones cubiertas bajo la **póliza**, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.9	ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS Y/O CÉLULAS: Los costos por la extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula.
4.10	COSTOS RELACIONADOS AL TRANSPLANTE: También están excluidos 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 crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración. Nota: La **Aseguradora** cubrirá los gastos relacionados con **trasplantes** de médula ósea y **trasplantes** de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.

4.11	CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o **tratamiento** electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o **tratamiento** que no sea **médicamente necesario**, excepto cuando resulte de una **lesión**, deformidad, **accidente** o **enfermedad** que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el **asegurado** cubierto bajo esta **póliza**, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
4.12	CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o **tratamientos**, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la **póliza**.
4.13	CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.: **Tratamientos** o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un **hospital**.
4.14	CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el **asegurado**: ◦ ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida, ◦ ha participado activamente, o ◦ ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
4.15	CONTROL DE NATALIDAD: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planificación familiar, tal como consultas de la asegurada con su doctor para discutir el plan de embarazo.
4.16	DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los **beneficios cubiertos**.
4.17	DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni **tratamientos** del desarrollo infantil. Los diagnósticos y **tratamientos** de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.18	DESÓRDENES DEL SUEÑO: **Tratamiento** para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.
4.19	DISFUNCIONES SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Consultas y **tratamientos** relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivadas de una condición cubierta bajo la **póliza**, y las **enfermedades** transmitidas sexualmente.
4.20	EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo **tratamiento** o servicio a una madre o a un **recién nacido** relacionado con un embarazo no cubierto y sus complicaciones, tal como se indica en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.21	ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El **tratamiento** de, o que surja como resultado de, cualquier **enfermedad epidémica y/o pandémica**, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los **tratamientos** preventivos para, o relacionados con, cualquier **enfermedad epidémica y/o pandémica**, excepto cuando el plan contratado lo especifica en su Tabla de Beneficios, de acuerdo al beneficio de vacunas.
4.22	EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la **Aseguradora**.
4.23	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES: Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del **asegurado** para trabajar o viajar.
4.24	EXÁMENES Y DISPOSITIVOS VISUALES Y AUDITIVOS: Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.25	GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN: Los gastos de registro/administración en **hospitales** o instituciones similares (a menos que la **Aseguradora**, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).

4.26	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.
4.27	GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El **tratamiento** de cualquier **lesión**, **enfermedad o dolencia**, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro: (a) Que no sea médicamente necesario, o (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o (d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios, o (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias. Cualquier exclusión particular de la **póliza** excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta **póliza**, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o **accidentes**.
4.28	LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o **tratamiento** debido a lesiones, **enfermedades o dolencias** auto infligidos por el propio **asegurado** o un tercero a solicitud del **asegurado**, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del **asegurado** por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier **accidente** o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de **accidentes** en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el **asegurado** esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el **accidente** o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.
4.29	LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen **tratamientos** de lesiones, **enfermedades o dolencias**, así como **accidentes** que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el **Asegurado Titular** o sus **dependientes** participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el **asegurado** haya sido el provocador.
4.30	MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA: Cuando el paciente sufre de una lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, pero el pronóstico médico indique que el paciente ha perdido la habilidad de estabilizarse y recuperar su función normal, Bupa se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. Bupa no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, Bupa puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos tratamientos en una institución no hospitalaria o en el hogar del asegurado.
4.31	MATERNIDAD SUBROGADA: El **tratamiento** directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la **asegurada** actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el o la **asegurado(a)**. La maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera. Dicha figura no está regulada por la legislación dominicana. Sin embargo, la presente explicación se incluye para dar un mejor entendimiento a la causal de esta exclusión.
4.32	MEDICINA ALTERNATIVA: **Tratamiento** quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.33	MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

4.34	MEDICAMENTOS SIN RECETA: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.
4.35	ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un **trasplante**. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles **enfermedades o dolencias** futuras.
4.36	PODOLOGÍA: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea **médicamente necesario**, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
4.37	PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O EN INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS: **Tratamiento** realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o **tratamiento** realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
4.38	PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el **asegurado** es susceptible o no de desarrollar una **enfermedad o dolencia** y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de **exámenes de diagnóstico**, o se especifique cobertura en su **Tabla de Beneficios**.
4.39	SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL: **Tratamiento** de **lesiones** que se produzcan mientras el **asegurado** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.
4.40	TRASTORNOS REFRACTIVOS: **Tratamiento**s, equipos o cirugías para corregir la visión, como **tratamiento** de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.41	TRATAMIENTO DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: **Tratamiento** para asistir en la reproducción, como: • fertilización in-vitro (IVF) • transferencia intratubárica de gametos (GIFT) • transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) • inseminación artificial (IA) • tratamiento de medicamentos recetados • traslado del embrión (de una ubicación física a otra) • gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen
4.42	TRATAMIENTO DENTAL: Cualquier **tratamiento** o servicio dental no relacionado con un **accidente** cubierto, o después de 30 (treinta) días de la fecha de un **accidente** cubierto, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan.
4.43	TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES PÚBLICAS: **Tratamientos** en cualquier institución gubernamental, cuando el **asegurado** es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
4.44	TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: La **Aseguradora** no pagará por **tratamientos** o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La **Aseguradora** tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente. La **Aseguradora** no pagará por cualquier costo relacionado con **tratamientos** o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una **prueba clínica registrada** y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.
4.45	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o **tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos** durante una **hospitalización** cuando la razón principal de la **hospitalización** sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, a menos que se especifique en su Tabla de Beneficios. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.
4.46	TRATAMIENTOS MAXILARES: **Tratamientos** del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta **póliza**.

4.47	TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO: Cualquier **tratamiento** relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo **tratamientos** realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al **tratamiento** de una condición cubierta bajo la **póliza**.
4.48	TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD: **Tratamiento** para o como resultado de la obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan, sujetos a los términos y condiciones de la **póliza**. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para **asegurados** que ya hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, y para **asegurados** que aún no han cumplido con el **período de espera** de dos (2) años de cobertura bajo la **póliza**.
4.49	**Tratamientos** que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/ organizational-structure/offices/Pages/ Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx.
4.50	TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES: **Tratamiento** que haya sido realizado por algún **médico** o proveedor de servicios médicos que sea **cónyuge**, **conviviente**, padre, madre, hermano(a), o hijo(a) de cualquier **asegurado** bajo esta **póliza**.
4.51	USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **lesiones**, **enfermedades** o **dolencias** ocasionadas por culpa grave del **asegurado** debido al uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier **accidente** o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de **accidentes** en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el **asegurado** esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el **accidente** o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.
ARTÍCULO 5: PRIMAS	
5.1	PAGO DE LA PRIMA: Todas las **pólizas** son consideradas **pólizas** anuales. El **Asegurado Titular** es responsable del pago a tiempo de la **prima**. La **prima** es pagadera en la **fecha de aniversario de la p**óliza o en cualquier otra **fecha de vencimiento del pago** que haya sido autorizada por la **Aseguradora**. El **Asegurado Titular** es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la **Aseguradora**. Si el **Asegurado Titular** no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días calendario antes de la **fecha de vencimiento del pago**, y no sabe el monto del pago de su prima, el **Asegurado Titular** deberá comunicarse con su **intermediario de seguros** o directamente con la **Aseguradora**.
5.2	CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La **Aseguradora** se reserva el derecho de cambiar en forma general las tarifas de esta **póliza** en cada **fecha de vencimiento del pago**. Ningún **asegurado** será penalizado con el incremento de la prima basado en su historial de **reclamaciones**.
5.3	PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la **fecha de vencimiento del pago**, la **Aseguradora** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la **Aseguradora** antes de que termine el **período de gracia**, esta **póliza** y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el **período de gracia**.
ARTÍCULO 6: RESCISIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA	
6.1	La **póliza** de seguro podrá ser rescindida por voluntad unilateral de cualquiera de las partes del presente contrato. Si la **Aseguradora** ejerce la facultad de rescindir, debe notificar por escrito su decisión al **Asegurado Titular** en su domicilio y con antelación no menor de quince (15) días. Si la rescisión de la **póliza** fuera por voluntad del Asegurador, éste devolverá a prorrata la parte de la prima de seguro por el tiempo no corrido; salvo que durante la vigencia del seguro objeto de la rescisión, haya pagado al Asegurado, siniestros por un valor de cuando menos el ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada. Se entiende por prima neta a la prima comercial anual menos los impuestos de ley y aportes al regulador.

6.2	Si el **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y de poner en contacto al **Asegurado Titular** con una aseguradora de Bupa en otro país. Cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** deberá notificarlo a la **Aseguradora**; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en el numeral 12.3 de este documento.
6.3	La **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar o rescindir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de la República de Bolivia y las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquiera de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.

ARTÍCULO 7: RESCISIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO TITULAR

7.1 La rescisión del contrato por parte del **Asegurado Titular** podrá ser unilateral y producirá sus efectos desde la notificación escrita al asegurador.

7.2 Al ser una rescisión anticipada al vencimiento del contrato de seguro, la **Aseguradora** tendrá derecho a una proporción de la prima neta, conforme a la siguiente tabla de periodo corto, quedando el remanente a favor del **Asegurado Titular**:

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

Se entiende por prima base a la prima comercial anual menos los impuestos de ley y aportes al regulador.

No obstante lo anterior, en caso de que la **Aseguradora** hubiera pagado siniestros por un monto igual o superior al 85% monto de la prima neta anual pactada, ésta será considerada como ganada por la aseguradora y no corresponderá devolución alguna.

7.3 La **Aseguradora** no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El **Asegurado Titular** es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.

7.4 Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se le deberá notificar a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días siguientes. Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Asegurado Titular** por su propio derecho, e incluir a sus propios **dependientes**.

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

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

ARTÍCULO 8: CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

8.1 La **Aseguradora** o beneficiario, tan pronto y a más tardar dentro de los tres (3) días de tener conocimiento del siniestro, deben comunicar tal hecho al asegurador, salvo fuerza mayor o impedimento justificado.

El asegurador puede liberarse de sus obligaciones cuando el asegurado o beneficiario, según el caso, omitan dar el aviso dentro del plazo establecido, con el fin de impedir la comprobación oportuna de las circunstancias del siniestro o el de la magnitud de los daños.

No se puede invocar retardación u omisión del aviso cuando el Asegurador o sus Agentes, dentro del plazo indicado, intervengan en el salvamento o comprobación del siniestro al tener conocimiento del mismo por cualquier medio.

8.2	PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El **Asegurado** deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba en las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser entregados a la **Aseguradora** dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. 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. 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, copia de la póliza de seguro de automóvil (si existe), informe médico del **tratamiento de emergencia** y resultado de las pruebas de toxicología. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la **póliza**; también pueden obtenerse comunicándose con su **intermediario de seguros** o con la **Aseguradora** en el lugar para recibir notificaciones de las **Condiciones Particulares de la Póliza** o en la página web de la **Aseguradora**. En caso de que el **tratamiento** hubiera sido realizado en Bolivia, asegúrese de que las facturas para su aceptación y reembolso, una vez superado el **deducible**, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con NIT 158270027 y que las mismas sean presentadas 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. La **Aseguradora** debe pronunciarse sobre el derecho del **Asegurado Titular** 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 **Aseguradora** al **Asegurado Titular** 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 **Aseguradora** no podrá extenderse por más de dos veces a partir de la primera solicitud de Informes y Evidencias, debiendo pronunciarse dentro el plazo establecido y de manera definitiva sobre el derecho del **Asegurado Titular** o sus dependientes, después de la entrega por parte del **Asegurado Titular** del último requerimiento de información. El silencio de la **Aseguradora**, vencido el término para pronunciarse o vencidas las solicitudes de complementación, importa la aceptación del reclamo. 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.
8.3	PAGO DE RECLAMACIONES: La **Aseguradora** tiene como política efectuar pagos directos a **médicos** y **hospitales, clínicas o sanatorios** en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** 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**. La **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida antes de: (a) Aprobar un pago directo, o (b) Reembolsar al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** pagará la indemnización dentro de los sesenta días siguientes a establecido el derecho del asegurado y el monto de la indemnización. En caso del fallecimiento del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los **beneficiarios** indicados en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y/o al proveedor de servicios médicos y/o a la persona que haya incurrido con los gastos, según el caso. Una vez sy que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de esta póliza, la **Aseguradora** pagará el reembolso de pagos s. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta **póliza**, los hijos **dependientes** que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de estudios de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la **póliza** o renovarla, dichos hijos **dependiente** son **estudiantes a tiempo completo**, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** confirmando que dichos hijos **dependiente** son solteros. La **Aseguradora** no participará en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. Por favor comuníquese con la **Aseguradora** para obtener más información sobre esta restricción.

8.4	El objetivo de la **Aseguradora** es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible. De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la **Aseguradora**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el **asegurado** está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la **Aseguradora**, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales.
8.5	La **Aseguradora** efectuará los pagos que correspondan por medio de cheque o transferencia electrónica en bolivianos o en dólares americanos. Será responsabilidad del **Asegurado Titular** pagar cualquier cargo o concepto que no sea elegible para pago bajo la cobertura que brinda la presente **póliza**. Cuando el **Asegurado Titular** ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una reclamación válida, la **Aseguradora** procederá con el reembolso al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** podrá reembolsar a un **asegurado dependiente** solamente cuando el **asegurado dependiente** que ha recibido los servicios es mayor de edad y la **Aseguradora** cuenta con los datos de su cuenta bancaria. La **Aseguradora** solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del **asegurado** o por medio de un cheque pagadero al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al **asegurado** un costo administrativo, la **Aseguradora** reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del **asegurado**, a menos de que el **asegurado** haya pagado debido a un error de la **Aseguradora**.
8.6	La **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al **Asegurado Titular**. En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Aseguradora** pagará cualquier beneficio pendiente de pago al **beneficiario** o heredero legal del **Asegurado Titular** declarado por tribunal competente.
8.7	La **Aseguradora** solamente pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos. Cuando la **Aseguradora** convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la **Aseguradora** en su página web.
8.8	La **Aseguradora** no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La **Aseguradora** generalmente informará al **Asegurado Titular** cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la **Aseguradora**.
ARTÍCULO 9: CARÁCTER INDEMNIZATORIO	
9.1	El presente seguro tiene carácter indemnizatorio, con lo que la **Aseguradora** tiene el derecho de pedir reembolsos por parte y en nombre del **asegurado** a quien ha pagado una reclamación, cuando el **asegurado** haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. 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 **póliza**, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta **póliza**.
9.2	PLURALIDAD DE SEGUROS: 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 será necesaria para coordinar beneficios: documento de Explicación de Beneficios que haya sido emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) y copia de las facturas pagadas por la(s) otra(s) aseguradora(s) que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

ARTÍCULO 10: RENOVACIÓN	
10.1	La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** si esta **póliza** está disponible para renovación para el siguiente **año póliza** con anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**. Cada **año póliza**, la **Aseguradora** podrá cambiar la forma como calcula las primas, cómo determina las primas, lo que el **Asegurado Titular** debe pagar y el método de pago. La **Aseguradora** también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta **póliza**. La **Aseguradora** enviará al **Asegurado Titular** una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la **póliza** a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el **Asegurado Titular** decide no renovar su **póliza**, deberá contactar a la **Aseguradora** durante los treinta (30) días siguientes a la **fecha de aniversario de la póliza**. A menos que el **Asegurado Titular** se comunique con la **Aseguradora** para expresar su deseo de no renovar la **póliza**, la **Aseguradora** considerará que el **Asegurado Titular** ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el **Asegurado Titular** haya proporcionado a la **Aseguradora**.
10.2	Conforme a las disposiciones aplicables, la **Aseguradora** no podrá negar la renovación de la **póliza** por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** notifique de manera fehaciente su voluntad de no renovar la **póliza** cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la **fecha de vencimiento del pago**. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y considerando los posibles cambios en el monto de la prima. La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de aniversario** de la póliza, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan si el **Asegurado Titular** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original. En caso de que el **asegurado** cambie de residencia u ocupación, la renovación de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Aseguradora**. La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de aniversario** de la póliza, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan si el **Asegurado Titular** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original. En caso de que el **asegurado** cambie de residencia u ocupación, la renovación de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Aseguradora**.
10.3	En caso de que la **Aseguradora** decida renovar esta **póliza**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en las **Condiciones Particulares de la Póliza**, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado. Sin embargo, si el **Asegurado Titular** decide cambiar de plan de seguro, la **Aseguradora** se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.
ARTÍCULO 11: CAMBIOS A LA PÓLIZA	
11.1	Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** podrán modificar esta **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la **Aseguradora**. Todas las modificaciones o **anexos** a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la **Aseguradora**.
11.2	Si el **Asegurado Titular** solicita agregar un **dependiente** a su **póliza**, la **Aseguradora** evaluará el historial médico de dicha persona. La **Aseguradora** podrá decidir no agregar a dicha persona como **dependiente** en la **póliza**, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones especiales. La **Aseguradora** podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del **dependiente**. El **Asegurado Titular** deberá pagar una prima adicional por dicho **dependiente**. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico o sin pagar prima (y de acuerdo con cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la **Tabla de Beneficios**.

11.3	Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá modificar su **póliza** al momento de la renovación. Cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones: (a) Los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el **período de espera** específico establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. (b) El **periodo de espera** para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén transcurriendo durante el cambio no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan. (c) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con **sumas aseguradas** de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior. (d) Los beneficios con **sumas aseguradas** de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan. (e) No obstante lo anterior, la **Aseguradora** podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite cambio de plan, beneficios, **deducibles** o **suma asegurada**.
11.4	La **Aseguradora** podrá hacer modificaciones a la **póliza** durante el **año póliza** solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la **Aseguradora**. Cuando este sea el caso, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.
11.5	La **Aseguradora** podrá dar por terminada esta **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la **Aseguradora** y/o el **Asegurado Titular** puedan infringir cualquier legislación, regulación o código guatemalteco, o a órdenes judiciales emitidas por los juzgados competentes en Bolivia.
11.6	Tal y como se establece en el numeral 1.3 del presente documento, ningún **intermediario de seguros** tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** y sea hecho constar por un **anexo** o razón a la **póliza**, firmado por ambas partes.
ARTÍCULO 12: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA	
12.1	El **Asegurado Titular** deberá informar por escrito a la **Aseguradora** inmediatamente si él o alguno de sus **dependientes** se muda a otro país o si cambia su **país de residencia** especificado o su nacionalidad especificada. Dicha notificación deberá hacerla dentro de los primeros treinta (30) días calendario después del cambio, en cuyo caso quedará a criterio de la **Aseguradora** y previo aviso al **Asegurado Titular**, proceder a incrementar la prima y/o incrementar el **deducible** anual.
12.2	Esta **póliza** terminará si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia** o **país de nacionalidad**, o cualquier otra ley aplicable a la **Aseguradora** o a esta **póliza** le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.
12.3	El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Aseguradora** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la **Aseguradora** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.
ARTÍCULO 13: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA	
13.1	La responsabilidad de la **Aseguradora** bajo esta **póliza** es proporcionar al **asegurado** y sus **dependientes asegurados** cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar tratamientos en nombre del **asegurado** relacionados con sus **beneficios cubiertos**. La **Aseguradora** no proporciona los **tratamientos** médicos.
13.2	El **Asegurado Titular** faculta a la **Aseguradora** para gestionar, en su nombre y el de sus **dependientes asegurados**, citas médicas o coordinar la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La **Aseguradora** desempeñará dichas funciones con el mayor cuidado posible.

13.3	Si por cualquier razón el **Asegurado Titular** no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la **Aseguradora** con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), el **Asegurado Titular** autoriza expresamente a la **Aseguradora** para: • tomar una decisión que considere que está en el mejor interés del asegurado (de acuerdo con su cobertura bajo esta póliza); • proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el asegurado que se considere apropiada bajo las circunstancias; y/o • recibir instrucciones de la persona que la Aseguradora considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el médico tratante, o el empleador).
13.4	Mientras la **Aseguradora** ejerza las funciones descritas en los numerales 13.2 y 13.3, podrá desempeñar las mismas a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.
ARTÍCULO 14: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO	
14.1	Ni la **Aseguradora** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. El **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.
14.2	Los derechos legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, si éste decide presentar una queja como se estipula en el Artículo 17 de este documento.
ARTÍCULO 15: RECLAMACIONES FALSAS O INEXACTAS	
15.1	En este Artículo, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.
15.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán: • abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o falsa, o presentar una reclamación falsa bajo esta póliza; • abstenerse de enviar a la Aseguradora documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o • proporcionar a la Aseguradora toda la información que sea necesaria para verificar la procedencia o no de una reclamación. El Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes se obligan a entregar toda la información pertinente a la Aseguradora aun cuando sepan que el hacerlo facultará a la Aseguradora para denegar el pago de una reclamación bajo esta póliza.
15.3	En caso de no cumplimiento con lo indicado en el numeral 15.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de: • negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o • recuperar cualquier pago que la Aseguradora ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación. Adicionalmente, si el **Asegurado Titular** no cumple con lo estipulado en el numeral 15.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que su **póliza** ha sido cancelada por incumplimiento del numeral 15.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima. Si solamente uno de los **dependientes** infringe lo estipulado en el numeral 15.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que la cobertura bajo esta **póliza** del **dependiente** en particular ha terminado por incumplimiento del numeral 15.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este **dependiente**. En ambos casos, la **Aseguradora** se reserva el derecho de iniciar cualquier actividad legal que considere pertinente con relación al incumplimiento del numeral 15.2 por parte del **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes asegurados**.
ARTÍCULO 16: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	
16.1	En este Artículo, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.

16.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la **Aseguradora** sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y para cualquier renovación, extensión o modificación a esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá notificar a la **Aseguradora** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la **póliza**. El **Asegurado Titular** (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a la **Aseguradora**.
16.3	La **Aseguradora** se reserva el derecho de ejercer sus derechos, definidos en el numeral 16.4 a continuación, si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes**: • deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la Aseguradora, y/o • no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la Aseguradora (por ejemplo, si el asegurado responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la Aseguradora habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta póliza para el asegurado si la Aseguradora hubiese contado con la información correcta.
16.4	En los casos donde aplique lo establecido en el numeral 16.3 anterior: • cuando el Asegurado Titular ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 16.3, la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar esta póliza. Esto significa que la Aseguradora considerará esta póliza sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso; • cuando solamente uno de los dependientes ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 16.3, la Aseguradora se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la póliza que proporciona cobertura a dicho dependiente. Esto significa que la Aseguradora considerará a dicho dependiente sin cobertura válida bajo esta póliza a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la fecha de renovación de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso. En estos casos, la **Aseguradora** tendrá derecho, a título de indemnización, a las primas devengadas correspondientes al período transcurrido desde la **fecha efectiva de la póliza** y/o **fecha de aniversario de la póliza** hasta la fecha de cancelación; pero si da por terminado el seguro antes de la **fecha efectiva de la póliza** y/o **fecha de aniversario de la póliza**, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.
16.5	Cuando el **Asegurado Titular** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en el numeral 16.3, y la **Aseguradora** habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces: • La Aseguradora se reserva el derecho de considerar esta póliza como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la Aseguradora solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una póliza que incluya los términos y condiciones diferentes que la Aseguradora hubiera estipulado, y • La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la Aseguradora pudiera haber cobrado una prima más alta de contar con la información correcta y completa al momento de la evaluación de riesgo. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basada en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado.
16.6	Cuando solamente uno de los **dependientes** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en el numeral 16.3, y la **Aseguradora** hubiese proporcionado cobertura para ese **dependiente** bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces: • La Aseguradora se reserva el derecho de considerar esta póliza como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la Aseguradora solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una póliza que incluya los términos y condiciones diferentes que la Aseguradora hubiera estipulado, y • La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho dependiente si la Aseguradora pudiera haber cobrado una prima más alta de contar con la información correcta y completa al momento de la evaluación de riesgo para dicho dependiente. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora solamente pagaría la mitad de la reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado el doble de la prima.

ARTÍCULO 17: AVISO DE PRIVACIDAD	
17.1	La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de la **Aseguradora** y para todas sus afiliadas. 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 que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con el contrato de 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 sus datos personales de Asegurados por parte de la **Aseguradora** se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por estos Términos y Condiciones, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.bo. La **Aseguradora** 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 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 del contrato de póliza de seguro del Contratante y/o del Asegurado Titular/Principal y sus Dependientes. La **Aseguradora** podrá compartir la información de Dependientes asegurados con el Contratante y/o respectivo con el Asegurado Titular/Principal por medio del cual los Dependientes (actuales o propuestos) que hayan sido presentados a la **Aseguradora** para fines de incorporarlos bajo los beneficios de cobertura del contrato de póliza de seguro. La información de Dependientes antes referida y que puede así ser compartida por la **Aseguradora**, 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 los Asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la Aseguradora, en www.bupasalud.com.bo.
ARTÍCULO 18: QUEJAS	
18.1:	APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre una reclamación, el **asegurado** deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de la **Aseguradora** antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el **asegurado** deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser entregadas a la **Aseguradora**. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones notificará al **asegurado** sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión. Si el **asegurado** no está de acuerdo con la resolución de la apelación, podrá actuar conforme lo indicado en el numeral 18.2.
18.2	ARBITRAJE Y ACCIÓN LEGAL: Previo al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción legal, el **asegurado** podrá agotar el proceso de apelación establecido en el numeral 18.1 de este documento. 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.
ARTÍCULO 19: JURISDICCIÓN Y ACCIÓN LEGAL	
19.1	El conocimiento de las acciones judiciales emergentes del contrato de seguro, es de competencia y jurisdicción del juez del domicilio del asegurado o del lugar donde se encuentren los intereses asegurados.

19.2	Los documentos y materiales proporcionados por la **Aseguradora** en idiomas distintos al castellano, tendrán fines referenciales e informativos solamente. En todos los casos, prevalecerán frente a tales documentos y materiales informativos y referenciales, los términos contenidos en los documentos que conforman la **póliza**.
19.3	En lo no previsto en las Condiciones Generales y/o en las **Condiciones Particulares**, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales bolivianas que rigen la materia.

ARTÍCULO 20: DEFINICIONES

A	ACCIDENTE	Daño, trauma o **lesión** provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y/o violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una **enfermedad o dolencia**. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.
	ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS	Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
	ADULTO DEPENDIENTE	Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.
	AMBULANCIA AÉREA	Transporte aéreo de emergencia desde el **hospital, clínica o sanatorio** donde el **asegurado** está internado, hasta el **hospital, clínica o sanatorio** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.
	AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte terrestre de emergencia del **asegurado** hacia un **hospital, clínica o sanatorio**.
	ANEXO	Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido a tiempo o con posterioridad a la **fecha de inicio de cobertura** y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales y/o las **Condiciones Particulares**. Lo estipulado en un anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales y las **Condiciones Particulares** en todo aquello que se contraponga.
	AÑO CALENDARIO	El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
	AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la **fecha efectiva de la póliza**, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
	ASEGURADO TITULAR	La persona **solicitante** nombrada en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
	ASEGURADO	La persona cuyos datos personales se encuentran incluidos expresamente en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, respecto de quien se ha pagado una prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la **Aseguradora**. El término "**asegurado**" incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.
	ASEGURADORA	Se refiere a Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

B	BENEFICIARIO	La persona que recibe una prestación, goza de un beneficio o se beneficia de algo. Para los efectos de esta **póliza**, es la persona identificada por el **Asegurado Titular** en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o designada por un tribunal competente, para recibir beneficios relacionados con esta **póliza** en caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**.
	BENEFICIOS CUBIERTOS	**Tratamientos** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de la póliza.
C	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 tu **Tabla de Beneficios**, dentro y/o fuera del **país de residencia** y teniendo en consideración los límites de los beneficios.
	COASEGURO MAXIMO (Stop Loss)	El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de **coaseguro** que el **Asegurado** debe pagar anualmente, ademas del **deducible**, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el **Asegurado** ha pagado el **deducible** y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de **coaseguro**.
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta **póliza**, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.
	COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO	Cualquier desorden del **recién nacido** relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
	CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA	Documento que forma parte de la **póliza**, que especifica la **fecha efectiva de la póliza**, la **fecha de inicio de cobertura**, los **deducibles** contratados, la **suma asegurada**, el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el **Asegurado Titular**, y que además enumera a todas las personas cubiertas por la **póliza** de seguro.
	CONDICIÓN PREEXISTENTE	Son aquellas **enfermedades**, **dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos a la **fecha de inicio de cobertura**. Cuando la **Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas **enfermedades** o **dolencias** por las que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir tratamiento médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate. La **Aseguradora** podrá requerir al **solicitante** y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguna relativa al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticada en el citado examen médico.

C		
	CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA):	La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad. Los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto los contemple. Si el producto anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto, se debe cumplir el **período de espera** específico de dicho beneficio establecido en la **Tabla de Beneficios**. El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.
	CONTRATANTE	La persona que firma la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima. El término comprende la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la **Carátula de la Póliza**, las Condiciones Generales, la **Tabla de Beneficios**, las Exclusiones y Limitaciones, las **Condiciones Particulares** y los **anexos**.
	CONTRATO	El presente contrato de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, bajo el cual la **Aseguradora** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.
	CONVIVIENTE	Las parejas del mismo o diferente sexo no casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la **Aseguradora**.
	CÓNYUGE	La persona con quien el **Asegurado Titular** ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio y bajo las leyes bolivianas.
	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 limites de los beneficios y el mismo se indica en su **Tabla de Beneficios**.
	CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud o asistente de enfermería**.
	CUIDADOS INTENSIVOS	Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee cuidados cardíacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee cuidados para los **recién nacidos**.

C	CRISIS DE ANSIEDAD (INCLUYE ATAQUES DE PÁNICO)	La crisis de ansiedad o trastornos de ansiedad (se incluyen los ataques de pánico como forma extrema de esta condición) se pueden definir como la aparición brusca de un sentimiento de aprensión, inquietud, incertidumbre o miedo intenso por un período definido, breve o repetitivo acompañado de síntomas somáticos y/o cognitivos. Es un diagnóstico clínico tratado por un médico mediante fármacos y terapias.
	CRISIS PSICÓTICA	Son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Según los criterios establecidos por DSM-5(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) se caracterizan por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes(son falsas creencias, ejemplo , que alguien va en su contra), alucinaciones(son percepciones falsas ,como escuchar, ver o sentir algo que no existe) lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia.
D	DEDUCIBLE	El deducible individual es la cantidad anual de los **beneficios cubiertos** que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los **beneficios cubiertos** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Los gastos incurridos en el **país de residencia** están sujetos al deducible en el **país de residencia**. Los gastos incurridos fuera del **país de residencia** están sujetos al deducible fuera del **país de residencia**. El deducible familiar es la cantidad máxima por **póliza** por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por **año póliza**.
	DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y, nombrada en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
	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 de póliza**. Este monto incluye el **deducible**, **coaseguro y copago**. Gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos a un **deducible** fuera del país de residencia.
	DONANTE	Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
E	EMERGENCIA	**Enfermedad o dolencia** que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
	ENFERMEDAD O DOLENCIA	Condición anormal o alteración en la salud del **asegurado** que ha sido diagnosticada por un **médico o doctor** habilitado por la autoridad competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
	ENFERMERO(A)	Profesional habilitado por la autoridad competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el **tratamiento**.

E		
	ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de los esperados de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una **enfermedad epidémica** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
	EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un **médico**, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.
	ESPECIALISTA	Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un **médico o doctor** general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la **lesión enfermedad o dolencia** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.
	ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	Los hijos mayores de dieciocho (18) años de edad y menores de veinticuatro (24) debidamente inscritos en un colegio o universidad debidamente registrado en el momento en que la **póliza** es emitida o renovada y que dependen económicamente del **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el/la hijo/a **dependiente**, según sea el caso.
	EXAMEN DE SALUD GENERAL (CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO)	El examen de salud general o chequeo medico preventivo es un examen integral, usualmente anual, y que consiste en la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios para detectar precozmente aquellas enfermedades prevenibles o controlables y reducir el riesgo asociados a ellas.
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un paciente.

F	FECHA DE ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA	El primer día del próximo **año póliza**.
	FECHA DE INICIO DE COBERTURA	La fecha en que el seguro entra en vigor para el **Asegurado Titular** y cada uno de los **dependientes**, la cual puede ser igual o diferente a la **fecha efectiva de la póliza**.
	FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO	La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la **póliza** si la prima no es pagada. Es la fecha en que concluye la cobertura de la **póliza**. Esta fecha puede coincidir con la **fecha de aniversario de la póliza** si el modo de pago es anual.
	FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA	La fecha en que la cobertura del **Asegurado Titular** entra en vigor.
	FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente autorizado para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.
G	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.
H	HABITACIÓN PRIVADA	La habitación estándar de un **hospital, clínica o sanatorio** equipada para alojar a un solo paciente.
	HABITACIÓN SEMI-PRIVADA	La habitación estándar de un **hospital, clínica o sanatorio** equipada para alojar a más de un paciente.
	HIJASTRO	Niño nacido de o adoptado por el(la) **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular** y que no ha sido adoptado legalmente por el **Asegurado Titular**.
	HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
	HOSPITALIZACIÓN	Ingreso del **asegurado** a un **hospital, clínica o sanatorio** por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o dolencia** también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
I	INTERMEDIARIO DE SEGUROS	Los agentes de seguros y corredores de seguros.
L	LESIÓN	Daño causado al organismo por una causa externa.

M	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS	Existen tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**. ○ El "Limite Máximo" - la máxima cantidad que la **Aseguradora** pagará en total por todos los beneficios, por cada Asegurado, por cada **año póliza** ○ "De por vida" - la cantidad máxima del beneficio que la **Aseguradora** pagará por cada asegurado durante su vida ○ Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días - la cantidad máxima que la **Aseguradora** pagara por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.
	MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA	Los **tratamientos** para el mantenimiento artificial de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el **tratamiento** para el mantenimiento artificial de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el **tratamiento** para mantenimiento artificial de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de descontinuar el **tratamiento**, lo que produce la muerte.
	MÉDICAMENTE NECESARIO	El **tratamiento**, servicio o suministro médico prescrito por el **médico** tratante y determinado por la **Aseguradora** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una **lesión**, **enfermedad o dolencia**. El **tratamiento**, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **asegurado**, la familia del **asegurado** o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico o **tratamiento** del **asegurado**; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.), o (e) que está relacionado con el **cuidado asistencial**.
	MEDICAMENTOS POR RECETA	Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la prescripción de un **médico**.
	MÉDICO O DOCTOR	Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el **tratamiento** y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas debidamente certificadas para la práctica de la odontología.
N	NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y autorizado para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.
O	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
P	PACIENTE AMBULATORIO	Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital, clínica o sanatorio** únicamente durante el día.
	PAÍS DE NACIONALIDAD	El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o el que se le haya informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.

P	PAÍS DE RESIDENCIA	El país de origen o donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o el que se le haya informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.
	PERIODO DE ESPERA ESPECIFICO	El periodo de tiempo especificado para ciertas coberturas en la tabla de Beneficios durante el cual el **asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la **Tabla de Beneficios**. Los benéficos con periodos de espera específicos no se eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.
	PERÍODO DE GRACIA	El período de tiempo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la **fecha de vencimiento de pago** de la fracción de prima, durante el cual la **Aseguradora** permitirá que la **póliza** sea renovada. Si la prima no es recibida por la **Aseguradora** antes de que termine el período de gracia, esta **póliza** y todos sus beneficios se considerarán terminados en la **fecha de vencimiento de pago** original. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.
	PÓLIZA	El **contrato** de seguro entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, incluyendo la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos** Mayores, la **Carátula de la** Póliza, las Condiciones Generales, la **Tabla de Beneficios**, las Exclusiones y Limitaciones, las **Condiciones Particulares** y los **anexos**.
	PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk).
	PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente autorizado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el **tratamiento**.
Q	QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.
R	RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
	RED DE PROVEEDORES	**Hospitales** y **médicos o doctores** con los que la **Aseguradora** tiene convenios para ciertos planes en los que el **asegurado** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida. (a) La red de proveedores está disponible en la **Aseguradora** o en su página web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso. (b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la red de proveedores, todo **tratamiento**, excepto **emergencias**, deberá ser coordinado por la **Aseguradora**. (c) En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada en el **país de residencia** del **asegurado**, no existirá restricción sobre los proveedores que el **asegurado** podrá utilizar en su **país de residencia**.
	REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)	**Tratamiento** o una combinación de varios **tratamientos** de terapias física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.

S	RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado Titular** contrató la **póliza** de seguro.
	RESIDENTE	Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.
	SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o dolencia** constatadas por el **médico o doctor** tratante.
	SÍNTOMA	Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
	SOLICITANTE	La persona que llena y suscribe la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura.
	SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES	Formulario que contiene la declaración del **solicitante** con respecto a su información y sus **dependientes**, usada por la **Aseguradora** para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores incluye cualquier declaración verbal hecha por el **solicitante** durante una entrevista médica realizada por la **Aseguradora**, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la **Aseguradora** antes de la aceptación e inicio de la cobertura.
	SUMA ASEGURADA	Monto en dólares americanos asignada por **asegurado** y por **año póliza**, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia como en el extranjero, por **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por **año póliza**, reducida por los pagos efectuados por los diferentes **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos que hayan ocurrido durante el mismo **año póliza**.
T	TABLA DE BENEFICIOS	Listado que forma parte de la **póliza** que incluye los **beneficios cubiertos** y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en las **Condiciones Particulares de la Póliza**.
	TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA	Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) **enfermero(a)**, como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.
	TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)	Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el **tratamiento**.
	TERAPEUTA COMPLEMENTARIO	Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el **tratamiento**.
	TRASPLANTE	Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

T	TRATAMIENTO	Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **lesión**, **enfermedad o dolencia** con el objeto de que el **asegurado** recupere, restablezca o conserve su estado de salud.
	TRATAMIENTO AMBULATORIO	**Tratamiento** suministrado en el **hospital, clínica o sanatorio**, consultorio, u oficina del **médico o doctor**, en donde el **asegurado** no se quede durante la noche para recibir el **tratamiento**.
	TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
	TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA	Son los **tratamientos** recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia no serán cubiertos bajo este beneficio.
	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO	**Tratamiento** de una **enfermedad o dolencia** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.
U	USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE	Es el costo máximo que la **Aseguradora** pagará por todos los **beneficios cubiertos** que se generen por un **tratamiento** médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de **beneficios cubiertos** bajo la **póliza**, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la **Aseguradora** tiene convenidos con los **hospitales, clínicas o sanatorios** y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el **tratamiento**.