

GLOBAL HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES
DE LA PÓLIZA

BUPA DOMINICANA



GLOBAL HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

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

ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES	
1.1	BUPA DOMINICANA, S. A., sociedad comercial constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, portadora del Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) No. 1-01-19388-3, y Certificado de Registro Mercantil No. 23800SD, con domicilio social ubicado en la Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana (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, 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 de su Global Health Plan. El contrato de seguro celebrado entre la Aseguradora y el Asegurado Titular lo constituye la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales de la póliza, los anexos y las Condiciones Particulares 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 8.2 del presente documento.
1.2	ESTIPULACIÓN LEGAL: Esta póliza será interpretada y aplicada de acuerdo con las leyes de la República Dominicana.
1.3	MODIFICACIÓN DE CONDICIONES: Ningún agente, intermediario o consultor 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. Cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las declaraciones hechas por el Asegurado Titular o sus dependientes asegurados puede resultar en que la póliza sea rescindida o cancelada de conformidad con lo que al respecto se establece en el Artículo 62 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana.
1.5	INDISPUTABILIDAD: La póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración conforme al Artículo 54 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, excepto como se estipula en el numeral 2.5.7.
1.6	CESIÓN: Esta póliza no podrá ser cedida o traspasada por el Asegurado Titular sin previo consentimiento expreso y escrito de la Aseguradora. La cesión de la póliza por parte del Asegurado Titular en ningún caso produce efecto sin la previa aceptación de la Aseguradora.
1.7	AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Para efectos de este contrato, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento afecte a un determinado riesgo. El asegurado se encuentra obligado a dar aviso a la Aseguradora de cualquier agravación esencial del riesgo dentro del plazo de veinticuatro (24) horas siguiente al momento en que tuviera conocimiento de dicha agravación del riesgo, por lo que en caso de que el asegurado no dé dicho aviso o que la agravación esencial sea causada por éste, el asegurado perderá el derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de este contrato, si dicha agravación resulta esencial.

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 Dominicana, 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 y/o en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.
2.3	VIGENCIA DE LA PÓLIZA: La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de la República Dominicana en la fecha efectiva de la póliza consignada en la Carátula de la Póliza, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de la República Dominicana 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 la República Dominicana, 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. Según lo establecido en el Artículo No. 94 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, no obstante, el término de vigencia del contrato, tanto el Asegurado Titular como la Aseguradora podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, debiendo la Aseguradora notificar con por lo menos diez (10) días de aviso previo al Asegurado Titular, en caso de que sea la Aseguradora que decida ejercer la terminación.
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 la Carátula de la Póliza .
2.5	ELEGIBILIDAD: 2.5.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: Esta póliza sólo puede ser emitida a residentes de la República Dominicana 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 la República Dominicana. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado Titular se mantenga en la República Dominicana. 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 la República Dominicana, 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) Ninguno de los dos 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 • Un testamento y/o 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. 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. Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, o toma residencia permanente en otro país que no sea la República Dominicana, 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 la Carátula 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 beneficiario, 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 involucrados en la comisión de los delitos señalados. 2.5.8 En caso de que el Asegurado Titular, el contratante y/o el beneficiario obtengan sentencia absolutoria o dejen de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo soliciten 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 la República Dominicana. 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 la República Dominicana como domicilio de las partes. Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Titular deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República Dominicana. 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.
2.8	LEGISLACIÓN APLICABLE: Esta póliza se registrará e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia en la República Dominicana.
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 Santo Domingo, cuya dirección está señalada en la Carátula 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 con lo establecido en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.

3.2	DEDUCIBLE: 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 la Carátula 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 de su Global Health Plan no se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible anual. Aun cuando la cantidad que el Asegurado Titular esté reclamando sea menor que el total del deducible anual, el Asegurado Titular debe enviar a la Aseguradora su reclamación para que la Aseguradora sepa cuándo el asegurado correspondiente ha cubierto su deducible anual. Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año póliza, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza. En caso de accidente, se eliminará el deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente, si así está indicado en la Carátula 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 de su Global Health Plan. El asegurado deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días 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. De conformidad con los Artículos 97 y 99 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, la Aseguradora tendrá derecho a exigir del asegurado o del beneficiario, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias. El no cooperar con la Aseguradora, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que la reclamación sea denegada. Si el asegurado o el beneficiario no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro como se indica en el numeral 3.4, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente. La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones si: (a) se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias. (b) con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones. (c) con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.
3.6	PAGOS DISCRECIONALES: Puede ser que en algunas ocasiones, la Aseguradora pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta póliza. Estos pagos son llamados pagos discrecionales o “ex gratia”. Cualquier pago ex gratia se hará única y a completa discreción de la Aseguradora y nunca sobrepasará la suma asegurada total correspondiente a esta póliza. El hecho de que la Aseguradora decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o “ex gratia” no implica modificación tácita del presente contrato, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la Aseguradora esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.
3.7	En caso de que la Aseguradora efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al Asegurado Titular por beneficios recibidos, pero no cubiertos por esta póliza, la Aseguradora se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al Asegurado Titular.
3.8	CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta póliza, las condiciones preexistentes se clasifican en dos(2) categorías: (a) Las que son declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores: Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la Aseguradora. Las mismas se detallan en sus documentos de póliza al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y póliza contratada. (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro 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.
3.9	PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que derivan de la presente póliza prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen conforme lo establecido en el Artículo 47 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana.

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 el documento de Condiciones Particulares, la Aseguradora no proporciona cobertura o beneficios para ninguna de las exclusiones y limitaciones mencionadas en esta sección, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la Tabla de Beneficios 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	ACTOS NEGLIGENTES: Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.
4.8	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 .
4.9	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 ésta 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.
4.10	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. 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, desórdenes 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 las vacunas que se especifican en su Tabla de Beneficios.
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, 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, la Aseguradora se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. La Aseguradora no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, la Asegurado 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, así como tampoco: (a) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.

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

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 póliza 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 agente, intermediario o consultor, 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 previa aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. 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: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA

6.1	La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la póliza o el documento de Condiciones Particulares si se descubre que las declaraciones en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora aprobara la póliza cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido la Carátula de la Póliza y las Condiciones Particulares con cobertura restringida o con extra-prima, o habría declinado proporcionar cobertura. A tales efectos, la Aseguradora notificará al Asegurado Titular diez (10) días calendario previos a la efectividad de dicha cancelación.
6.2	La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o rescindir la póliza si las obligaciones de la Aseguradora y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de la República Dominicana 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 . A tales efectos, la Aseguradora notificará al Asegurado Titular diez (10) días calendario previos a la efectividad de dicha cancelación.
6.3	La póliza también puede ser cancelada o no renovada por una de las siguientes circunstancias: (a) Por falta de pago de la prima, después del período de gracia. En estos casos, la póliza conservará su vigencia, hasta la fecha en que alcance la prima efectivamente abonada, salvo que la Aseguradora, a su sola discreción, decida devolver la parte de la prima no consumida, calculada a prorrata y a partir de ese momento se considerará definitivamente cancelada. (b) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar su cobertura, sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la Aseguradora; (c) A solicitud por escrito del Asegurado Titular para terminar la cobertura para algún dependiente, sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la Aseguradora; (d) Por notificación por escrito de la Aseguradora, sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la Aseguradora; (e) Por notificación por escrito de la Aseguradora por declaraciones falsas e inexactas, conforme a lo establecido en el numeral 6.1, o (f) Según lo estipulado en el numeral 2.5.7, en cuyo caso, la Aseguradora notificará al Asegurado Titular diez (10) días calendario previos a la efectividad de dicha cancelación. En caso de terminación de la póliza de conformidad con los puntos (b) y (c), la Aseguradora retendrá la parte de la prima correspondiente al tiempo que el seguro estuvo vigente, calculada a base de la tarifa de corto plazo establecida en la póliza, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la Aseguradora no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros. En caso de terminación de la póliza de conformidad con los puntos (d), (e) y (f), la Aseguradora retendrá la parte de prima correspondiente al tiempo que el seguro estuvo vigente, a base de prorrata sobre la prima de la póliza.

6.3	En caso de cancelación de la póliza conforme a lo establecido en la letra (e) y en el numeral 6.1, la Aseguradora se reserva el derecho de perseguir la restitución de los pagos y/o gastos incurridos por la Aseguradora en ocasión a la cobertura de la póliza y/o cualquier reclamación pagada al Asegurado Titular o a un dependiente .
6.4	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.

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

7.1	No obstante el término de vigencia del contrato , el Asegurado Titular podrá dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la Aseguradora . Si el Asegurado Titular cancela la póliza durante este período de treinta (30) días, conforme a lo dispuesto en el numeral 6.3, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad de la prima no devengada para ese año póliza , y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la Aseguradora no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros.
7.2	Si el Asegurado Titular ha agregado a un dependiente a su póliza , también podrá cancelar esa adición con previo aviso de por lo menos treinta (30) días. La Aseguradora , conforme a lo dispuesto en el numeral 6.3, reembolsará al Asegurado Titular la cantidad de la prima no devengada correspondiente a dicho dependiente para ese año póliza , y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la Aseguradora no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros.
7.3	Si el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes fallecen, se le deberá notificar a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes. Al fallecimiento del Asegurado Titular , cualquier adulto dependiente podrá solicitar convertirse en Asegurado Titular por su propio derecho, e incluir a sus propios dependientes . Si el Asegurado Titular falleciera y ningún adulto dependiente ha solicitado convertirse en Asegurado Titular , esta póliza será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida, la Aseguradora reembolsará al beneficiario la porción de la prima no devengada correspondiente al período después de que terminó la cobertura, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la Aseguradora no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros. Si un dependiente fallece, su cobertura bajo esta póliza terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho dependiente , la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la porción 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, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la Aseguradora no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros.

ARTÍCULO 8: CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

8.1	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. Dichos documentos 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 agente, intermediario o consultor o con la Aseguradora en el lugar para recibir notificaciones de la Carátula de la Póliza o en la página web de la Aseguradora . En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información.
-----	---

8.2	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 Titular. 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 del fallecimiento del Asegurado Titular, una vez 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 pendientes al beneficiario o heredero legal del Asegurado Titular indicado en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores o declarado por tribunal competente, al proveedor de servicios médicos, o a la persona que haya incurrido con los gastos, según sea el caso. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el Asegurado Titular confirmando que dichos hijos dependiente son solteros.
8.3	El objetivo de la Aseguradora es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la solicitud de reembolso a la Aseguradora, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el asegurado está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la Aseguradora, el asegurado deberá proporcionar las facturas originales. La Aseguradora no está en posibilidad de regresar documentación original al asegurado; sin embargo, la Aseguradora podrá enviarle copia de los mismos. De conformidad con el Artículo 97 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, la Aseguradora no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la Aseguradora después de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del tratamiento o servicio, a menos de que haya una razón válida y de peso por la cual no fue posible para el asegurado presentar la documentación antes.
8.4	Cuando el Asegurado Titular ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una solicitud de reembolso válida, la Aseguradora procederá con el reembolso al Asegurado Titular por medio de transferencia electrónica o cheque en pesos dominicanos o en dólares americanos. Cuando la Aseguradora convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el publicado por el Banco Central de la República Dominicana correspondiente a la fecha de servicio. Es responsabilidad del Asegurado Titular pagar cualquier cargo que no sea elegible para pago bajo la cobertura de su póliza. La Aseguradora solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria de un asegurado dependiente 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 cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco le cobra al asegurado un costo administrativo por transferencia bancaria, 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.
8.5	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 la República Dominicana, 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: SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN	
9.1	La Aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso 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	Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los beneficios cubiertos de un asegurado, la Aseguradora podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho asegurado. El asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora cualquier ayuda necesaria para que la Aseguradora pueda gestionar dicha reclamación, por ejemplo: • proporcionar documentos o declaraciones de testigos; • firmar documentos legales que sean necesarios (incluyendo mandatos), y • someterse a una evaluación médica. La Aseguradora podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del asegurado antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza. El asegurado se compromete a que no tomará ninguna acción, aceptará ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la Aseguradora para gestionar una reclamación en nombre del asegurado.
9.3	COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si el asegurado tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados. De existir otro seguro de salud, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado cuando se llene la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores original de la Aseguradora. En caso de reclamación, se deberá presentar verificación del otro seguro de salud y copia de las facturas desglosadas conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. La suma de los beneficios pagaderos por esta póliza y cualquier otra póliza de seguros será coordinada entre ellas. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta póliza serán acreditadas al deducible del asegurado. La Aseguradora procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados al deducible de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta póliza. El total de los pagos no podrá exceder los gastos incurridos. Fuera del país de residencia, la Aseguradora funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora. La Aseguradora solamente cubrirá la porción correspondiente del costo de cualquier beneficio cubierto. 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, previa aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. 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 comuniqué 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 debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. 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 Titular 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 Carátula 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 a cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan.
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 plan o producto, 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, Bupa 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 dominicano, o a órdenes judiciales emitidas por los juzgados competentes en la República Dominicana.
11.6	Tal y como se establece en el numeral 1.3 del presente documento, ningún agente, intermediario o consultor 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 a 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 18 de este documento.

ARTÍCULO 15: RECLAMACIONES FRAUDULENTAS O FALSAS

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 correspondientes al período de seguro 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 hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basada 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.
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 hubiese cobrado una prima más alta para dicho dependiente. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora solamente pagaría la mitad de la reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado el doble de la prima.

ARTÍCULO 17: CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

- 17.1 La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la **Aseguradora** y sus compañías 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 la póliza, incluyendo las regulaciones sobre confidencialidad médica y la ley de protección de datos personales vigentes en la República Dominicana y además también (en su caso) la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés) y sus reglamentos. Toda actividad de tratamiento de sus datos personales 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 este condicionado general, aparece publicado en nuestra página www.bupasalud.com.do.
- La **Aseguradora** puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, en países en donde posiblemente no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales de su cargo, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por medio de la **Aseguradora**.
- Si el Contratante y/o el **Asegurado Titular/Principal** se transfiere a otro seguro que es ofrecido por cualquiera de nuestras afiliadas, entonces la **Aseguradora** compartirá con tal afiliada: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la **póliza** del Contratante y/o **Asegurado Titular/Principal**, así como también la de sus **dependientes**.
- La **Aseguradora** podrá compartir la información de los **dependientes** asegurados con el Contratante y/o con el respectivo **Asegurado Titular/Principal** por medio del cual los **dependientes** (actuales o propuestos) hayan sido presentados a la **Aseguradora** para fines de que sean incorporados bajo los **beneficios** de cobertura de la **póliza**. La información de **dependientes** antes referida y que puede ser compartida incluye, entre otra, información acerca de **beneficios** recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de **beneficios cubiertos**.
- El Contratante y los Asegurados puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Aseguradora**, en www.bupasalud.com.do.

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 CONCILIACIÓN: Previo al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción legal, el **asegurado** deberá agotar el proceso de apelación establecido en el numeral 18.1 de este documento.
- En caso de un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre esta **póliza** y/o sus condiciones, el desacuerdo será resuelto mediante arbitraje o conciliación previa de conformidad con las disposiciones legales establecidas en los artículos 105 al 110 de la Ley 14602 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana. El acta de no conciliación emitida por la Superintendencia de Seguros o el Laudo Arbitral es un requisito previo al conocimiento de la demanda que pudiere intentar cualquiera de las partes ante los Tribunales de la República Dominicana. Cada parte solventará sus propios gastos durante el proceso, incluyendo pero no limitado a honorarios de sus respectivos abogados, tasas, entre otros, así como los gastos del proceso arbitral o conciliación.
- El **asegurado** y la **Aseguradora** acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. El **asegurado** y la **Aseguradora** declinan cualquiera y todos los derechos de interponer una acción ante los tribunales ordinarios de la República Dominicana, excepto en los casos en que las decisiones tomadas por el tribunal de arbitraje sean ejecutadas por la vía judicial. El **asegurado** y la **Aseguradora** señalan sus respectivas direcciones descritas en la **Carátula de la Póliza** como lugar para recibir notificaciones, citaciones y comunicaciones.

ARTÍCULO 19: JURISDICCIÓN Y ACCIÓN LEGAL

19.1	Esta póliza está sujeta, se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia en la República Dominicana.
19.2	En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta póliza debido al lenguaje, la versión en español tendrá procedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.
19.3	En lo no previsto en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares , esta póliza se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

ARTÍCULO 20: DEFINICIONES

A

ACCIDENTE	Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia . Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.
ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS	Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
ADULTO DEPENDIENTE	Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.
AGENTE, INTERMEDIARIO O CONSULTOR	Los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.
AMBULANCIA AÉREA	Transporte aéreo de emergencia desde el hospital, clínica o sanatorio donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital, clínica o sanatorio más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del asegurado hacia un hospital, clínica o sanatorio .
ANEXO	Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido 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 para quien se ha completado una Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores , para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora . El término “asegurado” incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza .
ASEGURADORA	Se refiere a Bupa Dominicana, S.A., entidad mercantil debidamente constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, portadora del Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) No. 1-01-19388-3, y Certificado de Registro Mercantil No. 23800SD, con domicilio social ubicado en la Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana.

B C	BENEFICIOS CUBIERTOS	Tratamientos y beneficios que aparecen como cubiertos en la Tabla de Beneficios de de su Global Health Plan.
	CARÁTULA 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.
	COASEGURO	El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su tabla de beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.
	COASEGURO MAXIMO (STOP LOSS)	El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además 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.
	COPAGO	El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica en su Tabla de Beneficios .
	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.
	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 los que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el tratamiento médico de la enfermedad o dolencia de que se trate. La Aseguradora podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o dolencia alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
	CONDICIONES PARTICULARES	Documento que la Aseguradora agrega a la póliza para aclarar o explicar la póliza , permitiendo su individualización.

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 o plan 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 o planes 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 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 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.
	CONTRATO	El presente contrato 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 por las leyes dominicanas.
	CRISIS DE ANSIEDAD (INCLUYE ATAQUES DE PÁNICO)	La crisis de ansiedad o trastornos de ansiedad (se incluyen los ataques de pánico como forma extrema de esta condición) se pueden definir como la aparición brusca de un sentimiento de aprensión, inquietud, incertidumbre o miedo intenso por un período definido, breve o repetitivo acompañado de síntomas somáticos y/o cognitivos. Es un diagnóstico clínico tratado por un médico mediante fármacos y terapias.
	CRISIS PSICÓTICA	Son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Según los criterios establecidos por DSM-5(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) se caracterizan por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes(son falsas creencias, ejemplo , que alguien va en su contra), alucinaciones(son percepciones falsas ,como escuchar, ver o sentir algo que no existe) lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).
	CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que 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 .

D	DEDUCIBLE	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 la Carátula 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 póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.
	DONANTE	Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
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 EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	ENFERMEDAD O DOLENCIA	Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor certificado por el órgano competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
	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.
	ENFERMERO(A)	Profesional certificado por el órgano competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento .
	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 o doctor , (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 los 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.
ENFERMEDAD O DOLENCIA	Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor certificado por el órgano competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
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.
ENFERMERO(A)	Profesional certificado por el órgano competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento .
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 o doctor , (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 los 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.
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 calificado para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o dolencias del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el tratamiento .
G	GASTOS ELEGIBLES	Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la póliza que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios 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.
L	LESIÓN	Daño causado al organismo por una causa externa.
	LÍMITE MÁXIMO	Se establece en la Tabla de Beneficios de su Global Health Plan como la cantidad máxima acumulada por cada año póliza que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado accidente, tratamiento, lesión, enfermedad o dolencia , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza .
M	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 discontinuar el tratamiento, lo que produce la muerte.

M	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 junior 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	NOTIFICACIÓN	Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.
	NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el tratamiento .
O	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
P	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.
	PAÍS DE RESIDENCIA	El país en el que el Asegurado Titular ha manifestado en el formulario de Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores que mantiene su residencia fija o en su defecto su país de origen; o el lugar que hubiese informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.
	PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO	El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios . Los beneficios con período 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 las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares , tal como está descrito en el numeral 1.1.

P	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 calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el tratamiento .
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 . 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 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.
	RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el Asegurado Titular contrató la póliza de seguro.
	RESIDENTE	Persona que reside en, o asiste habitualmente a, un país en el que mantiene intereses formales comprobables dentro de su territorio, tales como propiedades inmuebles, participación en empresas u otras inversiones u otras razones laborales o que ha recibido un estatus migratorio temporal o permanente por parte de las autoridades correspondientes del país.
	SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o dolencia constatadas por el médico o doctor tratante.
S	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 emisión de la póliza .
	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 de la República Dominicana como en el extranjero, por accidentes, lesiones, enfermedades o dolencias cubiertos bajo la póliza , de acuerdo con 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 la Carátula 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 parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
	TRATAMIENTO	Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico , de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el asegurado recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.
	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.
U	TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA	Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.
	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO	Tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.
	USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE	Es el costo máximo que la Aseguradora pagará por todos los beneficios cubiertos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier 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 .

