

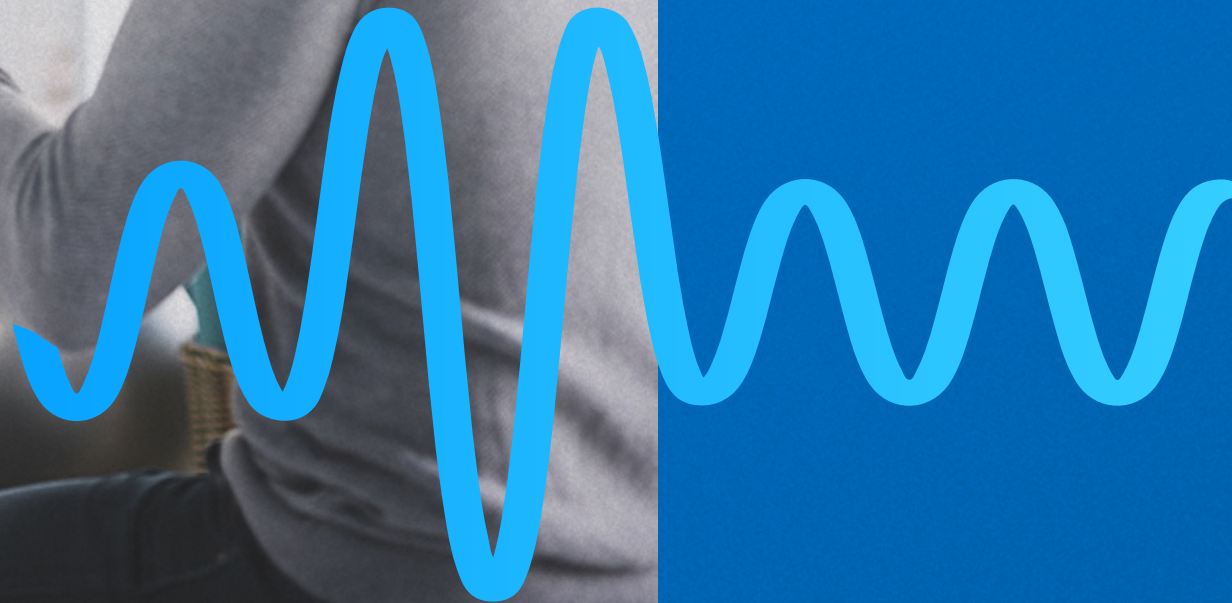


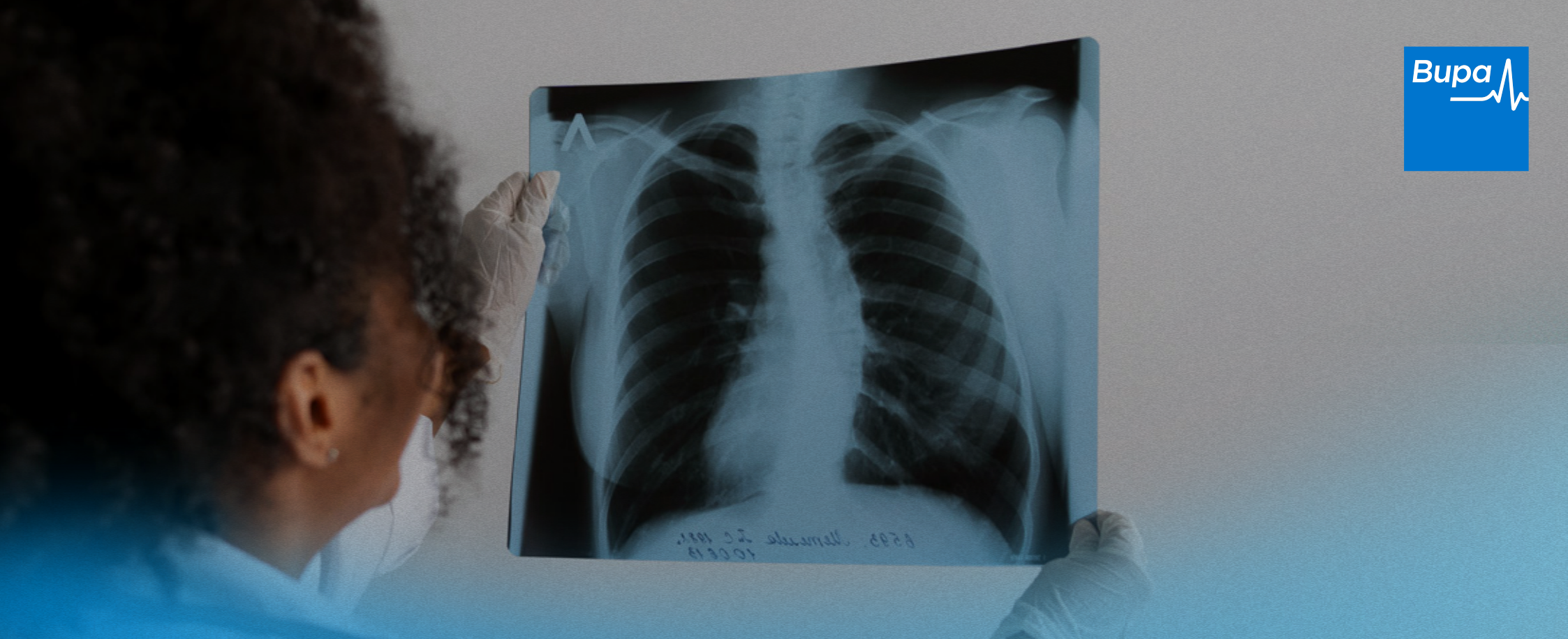
GUÍA DE ACTUALIZACIONES

Bupa Panamá, S. A.



Coberturas / Servicios



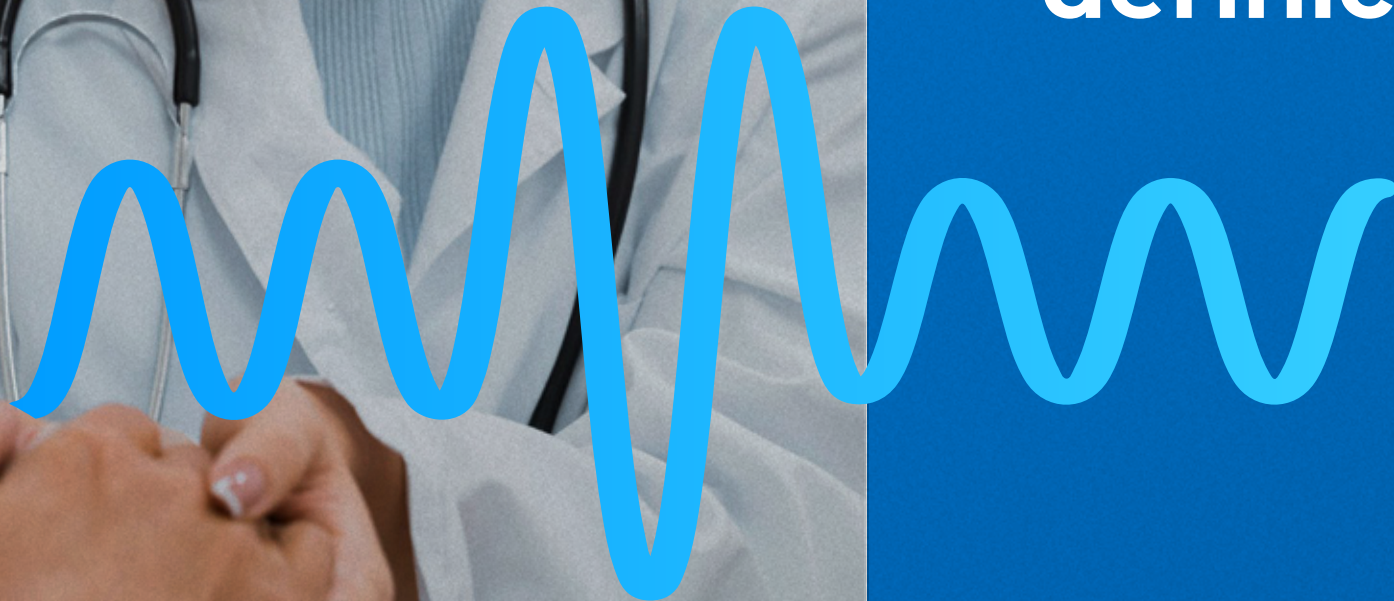


Plan de deducible anual de US\$20,000

Hemos incluido el plan de deducible de US\$20,000 a los productos de la gama Global Health Plan: **Select, Premier y Elite.**



Explicación de los beneficios, exclusiones y definiciones





Modificamos la exclusión de medicamentos o dispositivos anticonceptivos para dar cobertura a tratamientos y/o dispositivos cuyo uso sea requerido para tratar una enfermedad o condición cubierta por la póliza y cuyo propósito principal no sea el control de la natalidad.

MEDICAMENTOS SIN RECETA:

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.**





Eliminamos el requisito de presentar certificado de estudios para determinar la elegibilidad de un dependiente mayor de 18 años.

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

Incluimos la definición de Notificación para brindar mayor claridad en caso de emergencias.

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.



Eliminamos los periodos de espera para pólizas nuevas o inclusiones de asegurados para la cobertura de enfermedades preexistentes.

Las enfermedades declaradas 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.

Incluimos la exclusión por 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.



Redefinimos el alcance de Evacuación Médica Hospitalaria, estableciendo los protocolos y niveles de servicios más adecuados y eficientes.



Evacuación Médica Hospitalaria

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

1

Centro médico más cercano **dentro del país** donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

2

Centro médico más cercano en el **país limítrofe** con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,

3

Centro médico en otro **país cercano** dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte,

4

En el caso de evacuación médica a los **Estados Unidos de América**, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte.

La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.



Clarificamos en el beneficio de Ambulancia Aérea Local, los protocolos adecuados para ofrecer un servicio eficiente.

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos incurridos considerando los costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica donde el gasto fue incurrido, para la debida atención médica del ASEGURADO por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizado para transportar al ASEGURADO:

- a. de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o
- b. para el traslado de un hospital a otro, siempre y cuando en el hospital en que se encuentre el asegurado no existan los niveles adecuados de atención requeridos para tratar la condición del asegurado



Será procedente esta cobertura cuando:

- La ambulancia aérea sea médicamente necesaria,
- Sea utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y
- Esté relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital y
- El tratamiento no esté disponible donde el asegurado esté hospitalizado y
- Que la condición médica del asegurado no le permita viajar en ambulancia terrestre y/o en una aerolínea comercial de pasajeros; y
- Que la Aseguradora haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo.

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

Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.



Esclarecimos en el beneficio de Ambulancia Terrestre Local, el tiempo máximo en el cual se debe notificar a La Aseguradora.

AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

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





Hemos ampliado la definición del beneficio de Cuidados Paliativos para los productos que cuentan con esta cobertura.

COBERTURA CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES

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



La Aseguradora pagará solo por una de las siguientes opciones:

1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

- Alojamiento en centro para pacientes terminales
- Cuidados de enfermero(a) profesional calificado
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- Cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales

2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:

- Cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio,
- Medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
- Cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado

Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.



Definición

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

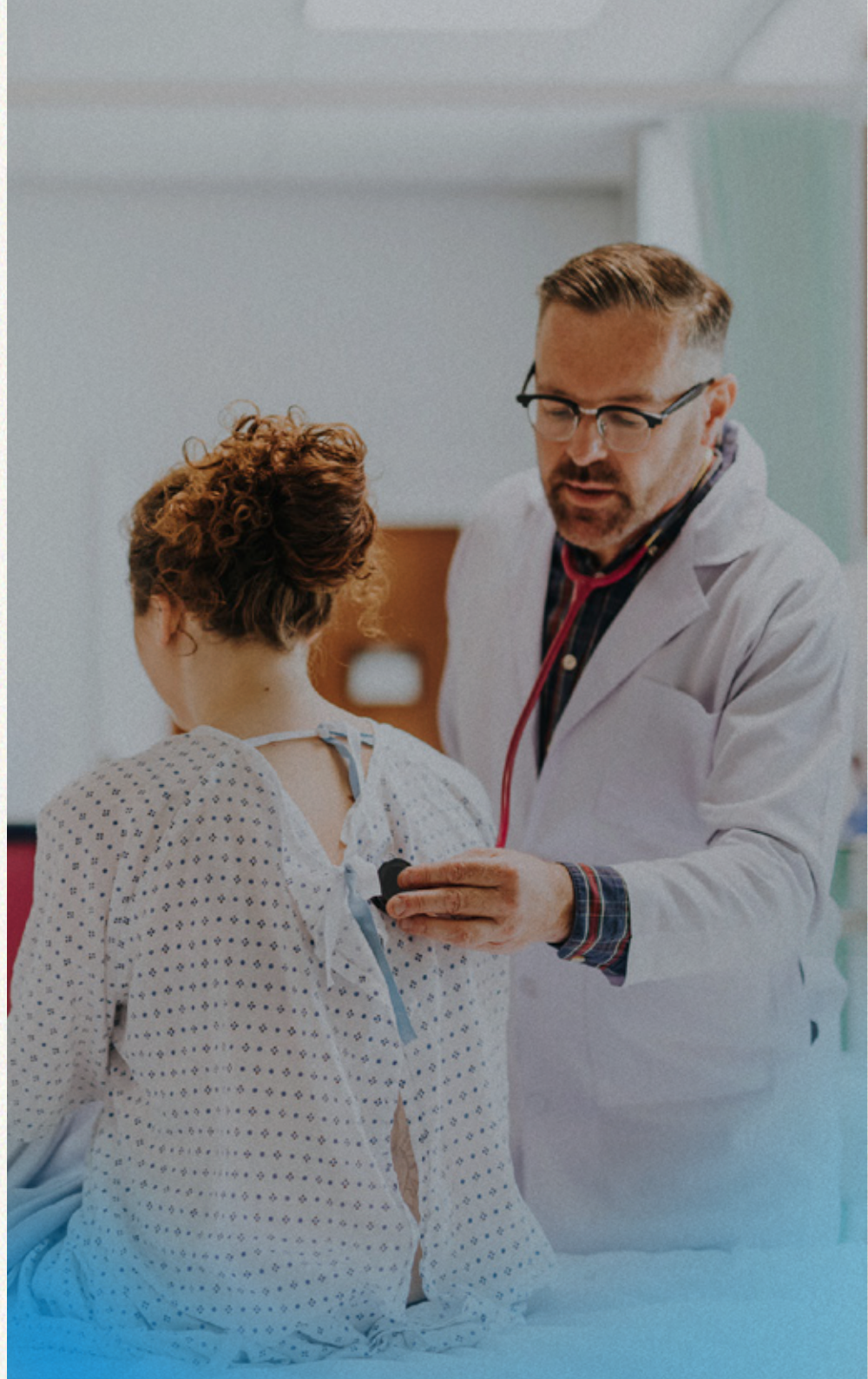
No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para el manejo del dolor.



Esclarecimos que los deducibles adicionales establecidos para determinadas limitaciones del asegurado, no aplican para traspaso de deducible al siguiente año póliza.

CLÁUSULA DEDUCIBLE

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





Incluimos la exclusión y la definición de Prótesis Capilar (peluca) para personas con tratamiento de cáncer en curso.

EXCLUSIÓN

Estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

- a. No sean preautorizados por la aseguradora.
- b. Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

DEFINICIÓN

La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.



Hemos incluido la cláusula Pago de Reclamos No Cubiertos, reafirmando así el derecho de la aseguradora de no cubrir reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza.

PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS:

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

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



En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, la Aseguradora podrá, a su entera discreción:

- I. Solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado);
- II. Reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura;
- III. Reducir el monto pagado por error de la prima no devengada;
- IV. Levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.



Hemos incluido la definición y la exclusión de Eutanasia o Muerte Asistida.

DEFINICIÓN

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

EXCLUSIÓN

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



Esclarecimos en las reglas de Cambio de Producto o Plan, que los deducibles acumulados no se transfieren al producto o plan migrado.

Cláusula Cambio de Producto o Plan

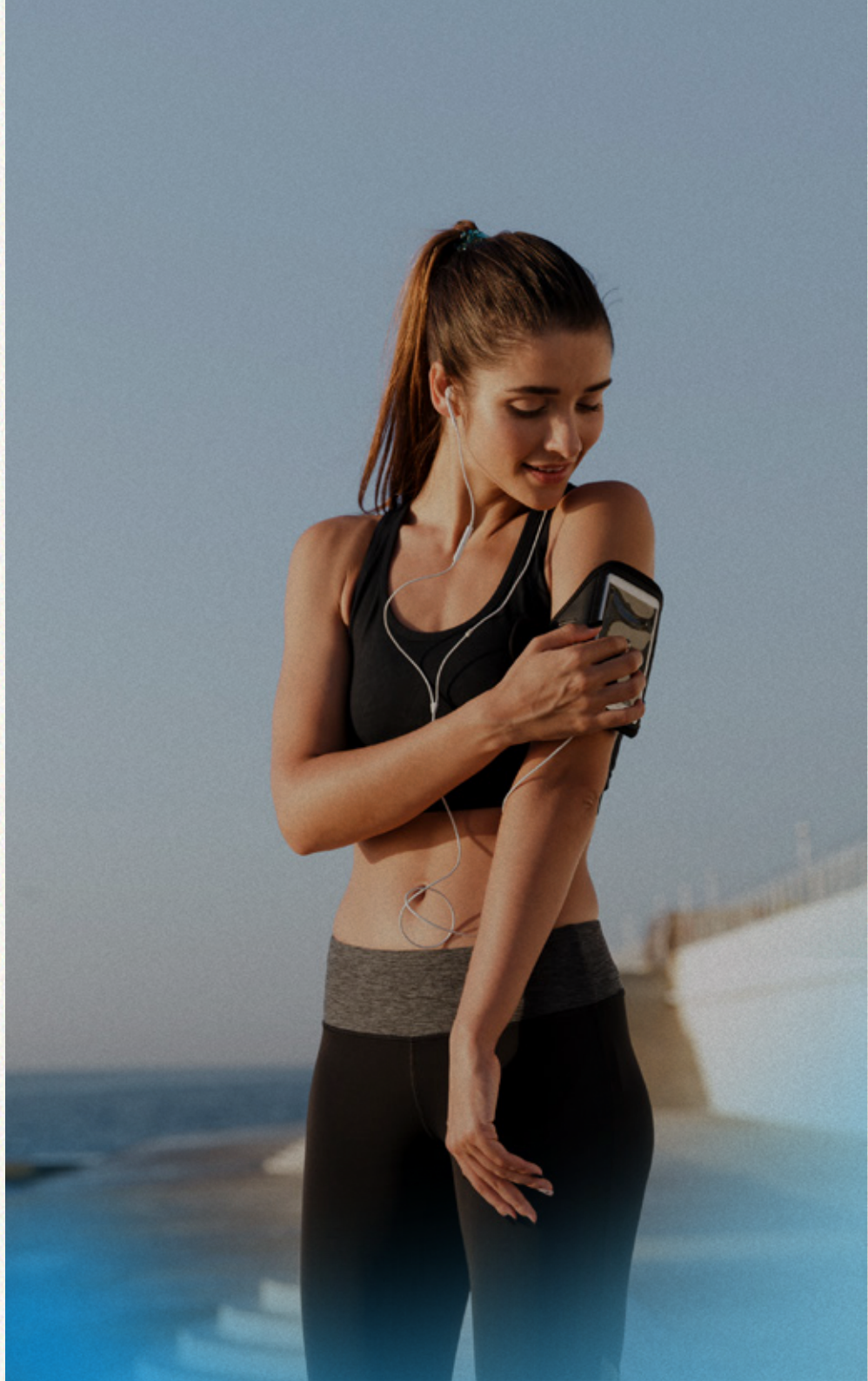
Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado (**a excepción de los deducibles acumulados**) no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple.



Hemos incluido la cláusula Residencia en País, especificando el tiempo requerido para que el país declarado como residencia en la Solicitud sea considerado como tal. Enfatizar el tiempo máximo que el asegurado puede permanecer en los Estados Unidos para que la póliza sea emitida o renovada.

RESIDENCIA EN EL PAÍS

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





La Aseguradora considera país de residencia aquel declarado en la Solicitud de Seguro y que:

I. El Asegurado (principal y dependientes) resida de manera física y/o permanente por ciento ochenta (180) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos;

II. U otro lugar dispuesto de acuerdo con las condiciones particulares de la Póliza.

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

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

