

GLOBAL MAJOR MEDICAL HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES
DE LA PÓLIZA



GLOBAL MAJOR MEDICAL HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Texto aprobado mediante Resolución Administrativa No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934779-2016 05 023, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Código No. 201-934779-2016 05 023 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 105/2018 de fecha 26 de enero de 2018, Código 201-934779-2016 05 023 2002.

ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES

- 1.1 BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S. A. (denominada en los documentos de esta **póliza** simplemente como la “**Aseguradora**”), en consideración estricta de las declaraciones contenidas en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** presentado por el **solicitante** (denominado en los documentos de esta **póliza** simplemente como el “**Asegurado Titular**”) y sus declaraciones individuales, las cuales se incorporan y forman parte integrante e indivisible del presente **contrato** con plenos efectos vinculantes, se obliga a reembolsar al **Asegurado Titular** los gastos médicos que sean incurridos por este último y/o sus **dependientes asegurados**, de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta **póliza**, cuya cobertura está sujeta al cumplimiento puntual y específico de las condiciones acordadas mediante esta **póliza**, incluyendo los montos **deducibles** aplicables, los beneficios con **límites máximos** y otros límites y exclusiones estipulados y aceptados por las partes en la **Tabla de Beneficios**. De esta manera, el **contrato** de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** se considera conformado por la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la **Carátula de la Póliza**, las Condiciones Generales de la **póliza**, las **Condiciones Particulares** y los **anexos** adheridos. Ninguna persona que no sea parte de este **contrato**, incluyendo a los **dependientes asegurados**, se encuentra legalmente habilitada para ejercer los derechos emergentes del presente **contrato** de seguro. Sin perjuicio de lo anterior, los **dependientes asegurados** podrán activar y proseguir el proceso de quejas establecido en el Artículo 16 del presente documento.
- 1.2 DISCREPANCIAS EN LA **PÓLIZA**: Si el **Asegurado Titular** considera que los términos y documentos de la presente **póliza** no concuerdan en alguna medida con lo convenido o con las propuestas negociadas, tendrá el derecho de pedir la rectificación o aclaración correspondiente de manera escrita, a cuyo efecto tendrá un plazo perentorio de quince (15) días calendario, computables desde la fecha de recepción de la **póliza**. Si durante dicho plazo el **Asegurado Titular** no notificara a la **Aseguradora** ninguna discrepancia, su derecho caducará y las estipulaciones de esta **póliza** se considerarán consideradas como aceptadas y en su mérito, obligatorias para las partes. Por el contrario, si dentro de un plazo de quince (15) días calendario siguientes a la reclamación del **Asegurado Titular** la **Aseguradora** no denegara la rectificación o aclaración solicitada o mantuviera silencio omitiendo pronunciarse, se entenderá que los términos de la rectificación o aclaración requerida por el **Asegurado Titular** se encuentran aceptados.
- 1.3 MODIFICACIÓN DE CONDICIONES: Ningún **agente, intermediario o consultor** podrá acordar modificaciones o cambios al texto y documentos que conforman la **póliza** y tampoco podrá dejar sin efecto de manera unilateral ninguna de sus condiciones. Una vez emitida la **póliza**, todo cambio y/o modificación deberá contar con aprobación previa, expresa y por escrito de la **Aseguradora**.
- 1.4 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA **SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES**: Esta **póliza** es emitida en base a la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y al pago de la prima. Cualquier error, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia incurrida en las declaraciones hechas por el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** otorga a la **Aseguradora** derecho de anular la **póliza** o demandar la nulidad de la **póliza**, según sea el caso, de conformidad con lo establecido en los Artículos 993, 994 y 999 del Código de Comercio.
- 1.5 IMPUGNACION: La reticencia o inexactitud en las declaraciones del **Asegurado Titular**, sin dolo, otorgan a la **Aseguradora** derecho a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta (30) días de conocidos tales hechos por ésta. De darse el caso, la **Aseguradora** quedará obligada a restituir las primas del periodo o periodos no corridos. Transcurrido el plazo antes señalado, la **Aseguradora** no podrá impugnar la presente **póliza** por las causales señaladas. Esta cláusula no podrá invocarse en los casos establecidos en el numeral 2.5.7.

1.6	CESIÓN: De conformidad con el Artículo 1011 del Código de Comercio, esta póliza no podrá ser cedida o transferida 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 producirá efectos sin la previa aceptación de la Aseguradora , a menos que esta última guarde silencio por un plazo de quince (15) días calendario desde su notificación escrita.
-----	--

ARTÍCULO 2: ADMINISTRACIÓN GENERAL

2.1	En este documento, y tal como se establece en el Artículo 18 “Definiciones”, el término “ Aseguradora ” es utilizado para referirse a Bupa Insurance (Bolivia) S. A. y el término “ Asegurado Titular ” se emplea para referirse al Asegurado Titular cuyo nombre figura en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores .
2.2	Los términos señalados y definidos en el Artículo 18 “Definiciones”, corresponden a los términos resaltados y utilizados en negrilla en el presente documento, en la Tabla de Beneficios y/o en las Exclusiones y Limitaciones.
2.3	<p>VIGENCIA DE LA PÓLIZA: La cobertura otorgada bajo esta póliza comienza a las 00:01 horas, hora oficial del Estado Plurinacional de Bolivia (en adelante simplemente “Bolivia”) en la fecha efectiva de la póliza y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Bolivia en la fecha de vencimiento del pago, de acuerdo con lo señalado en la Carátula de la Póliza.</p> <p>La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses calendario, la cual se renovará automáticamente por un período igual 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. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la aseguradora autorice otra modalidad de pago, que podrá ser semestral; por lo tanto, la vigencia de la póliza está relacionada al pago de la prima.</p> <p>En caso de producirse la renovación de la póliza, se considerará que se ha formado un nuevo contrato bajo los mismos términos aplicables durante el año póliza anterior; sin embargo, la prima estará sujeta a ajuste si así correspondiera, siendo aplicable también cualquier enmienda o modificación que sea notificada al Asegurado Titular a tiempo de la renovación.</p> <p>La Aseguradora se reserva el derecho de no emitir o renovar la póliza en caso que las operaciones u obligaciones de la Aseguradora y/o de sus compañías afiliadas se consideran prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la emisión o renovación de la póliza infringiera de cualquier manera las leyes aplicables a la Aseguradora o a cualquiera de las entidades afiliadas o relacionadas a la Aseguradora.</p>
2.4	ENTREGA DE LA PÓLIZA: La póliza se considera entregada al ser recibida por el Asegurado Titular en el lugar indicado para recibir notificaciones, indistintamente que la misma sea entregada por la Aseguradora , el agente, intermediario o consultor . En caso que la póliza sea entregada al agente, intermediario o consultor para que éste la entregue al Asegurado Titular , la entrega de la misma se considerará realizada desde el momento en que la reciba el agente, intermediario o consultor .
2.5	<p>ELEGIBILIDAD:</p> <p>2.5.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: La presente póliza sólo puede ser emitida a favor de personas individuales que sean residentes permanentes de Bolivia, quienes necesariamente deberán contar con dieciocho (18) años de edad cumplidos (con excepción de los dependientes elegibles) y en atención de criterios técnicos no podrán tener una edad que supere los setenta y cuatro (74) años de edad. Para la renovación de esta póliza por parte de Asegurados Titulares que ya gozan de cobertura bajo esta póliza no se aplicará ninguna restricción o limitación a razón de edad máxima. Esta póliza no puede ser emitida ni otorga cobertura a personas que residen permanentemente en cualquier otro país distinto de Bolivia. Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía, permanencia o residencia temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura, previo cumplimiento de determinadas condiciones acordadas y aceptadas por la Aseguradora, siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado Titular se mantenga en Bolivia.</p> <p>2.5.2 DEPENDIENTES ELEGIBLES: Los dependientes elegibles bajo esta póliza son aquellas personas individuales que se encuentran debidamente identificadas en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores, quienes gozarán de la cobertura ofrecida de conformidad con los términos y condiciones de la presente póliza. Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente del Asegurado Titular, así como a sus hijos biológicos, sus hijos adoptados legalmente, hijos de su cónyuge o conviviente, y menores de edad respecto de quienes el Asegurado Titular ha sido designado tutor por una autoridad judicial competente.</p>

- 2.5.3 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD: Para que el/la **conviviente** del **Asegurado Titular** se constituya en **dependiente** elegible, resulta necesario que se cumplan los siguientes requisitos:
- (a) Ninguno de los dos puede estar casado o ser **conviviente** de otra persona.
 - (b) Ambos deben compartir la misma residencia principal y permanente.
 - (c) Ambos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
 - (d) Ambos deben tener capacidad civil para contratar.
 - (e) Ambos deben ser financieramente interdependientes mediante la comprobación de cualesquiera de siguientes condiciones:
 - i Ambos deben ser copropietarios de un inmueble en común, o
 - ii. Cumplir con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
 - o Ser titulares de una cuenta mancomunada, sea corriente, de ahorros o de inversiones
 - o Ser deudores mancomunados de un crédito de alguna entidad del sistema financiero
 - o Ser parte de un contrato de arrendamiento de vivienda que identifique a ambos como arrendatarios
 - o Presentar un testamento y/o póliza de seguro de vida en la que se designe al otro **cónyuge o conviviente** como heredero o beneficiario principal
- 2.5.4 TERMINACIÓN DE COBERTURA: La cobertura que brinda esta **póliza** se extenderá a favor de los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta antes que cumplan los diecinueve (19) años, siempre que sean solteros, o hasta antes de que cumplan los veinticuatro (24) años, siempre que sean solteros y además **estudiantes a tiempo completo** en una universidad debidamente registrada. El cumplimiento de estas condiciones se evaluará en el momento en que la **póliza** sea emitida o renovada. Por consiguiente, la cobertura a favor de los mencionados **dependientes** se mantendrá vigente únicamente hasta la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, la que ocurra primero, aún después de que cumplan los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de que cumplan los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y **estudiantes a tiempo completo**.
- Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser un **estudiante a tiempo completo** luego de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o fija residencia permanente en otro país que no sea Bolivia, o si el (la) **cónyuge dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o cualquier otra, 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.
- 2.5.5 CONTINUIDAD DE COBERTURA: El **dependiente** que gozó de cobertura bajo una **póliza** anterior emitida por la **Aseguradora** y que sea elegible para optar por cobertura bajo una **póliza** propia en calidad de **Asegurado Titular**, será aprobado sin necesidad de una nueva evaluación de riesgo, pudiendo contratar una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo condiciones y restricciones idénticas a las existentes en la **póliza** que le otorgó cobertura con anterioridad. En este caso, la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** deberá ser presentada a la **Aseguradora** hasta antes de terminar el **período de gracia** de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**.
- 2.5.6 El **Asegurado Titular** podrá 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** entrega al **Asegurado Titular**. A este efecto, el **Asegurado Titular** deberá completar una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**.
- 2.5.7 Constituirá causal de terminación anticipada de la presente **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 o sustancias controladas, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio de Bolivia o de cualquier país del mundo, o bien son incluidos o figuran en las listas que emite la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Extranjeros) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrados en la comisión de delitos.

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\$), será calculado de acuerdo con el tipo de cambio oficial publicado diariamente por el Banco Central de Bolivia. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de efectuar los pagos o reembolsos que correspondan bajo esta **póliza** en la moneda en que se facture el servicio o **tratamiento**.

2.7	DOMICILIO: El domicilio de las partes se fija en Bolivia. Para mantener la eficacia de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Titular deberá, al momento de contratar este seguro y de forma posterior, residir de forma habitual y permanente dentro del territorio de Bolivia. En caso que el Asegurado Titular cambiara su país de residencia , la Aseguradora se reserva el derecho de no renovar la póliza y, en su caso, contactar al Asegurado Titular con una aseguradora de Bupa autorizada para operar en otro país.
2.8	LEGISLACIÓN APLICABLE: La presente póliza se registrará e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora, y con cualquier otra normativa general vigente y aplicable a la materia en Bolivia.

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 .
3.2	<p>DEDUCIBLE: La póliza establece la aplicación 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 montos del deducible están especificados en la Carátula de la Póliza.</p> <p>Los deducibles anuales se aplican de forma separada e individual 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 deducibles se renuevan cada año póliza.</p> <p>En caso que el pago del deducible anual resulte aplicable, el Asegurado Titular será responsable por el pago del deducible correspondiente a cada asegurado cubierto bajo su póliza. Los pagos de deducibles se efectuarán directamente al proveedor hasta alcanzar el monto total del deducible anual aplicable. El deducible deberá cubrirse en su totalidad antes de que se active la responsabilidad de la Aseguradora en cuanto a la cobertura de los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite máximo de la suma asegurada. Todas las cantidades que sean pagadas por concepto de deducible se acumularán hasta alcanzar un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos (2) deducibles individuales por año póliza. A este efecto, se considerará que 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.</p> <p>Los costos que excedan las cantidades máximas especificadas en la Tabla de Beneficios no se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible anual.</p> <p>Aun cuando la cantidad que el Asegurado Titular reclame sea menor que el total del deducible anual, el Asegurado Titular deberá enviar a la Aseguradora su reclamación para que la Aseguradora tome conocimiento del momento en el cual el asegurado ha cubierto su deducible anual.</p> <p>Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año póliza, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza.</p> <p>En caso de ocurrir un accidente cubierto por esta póliza, el deducible no será aplicable en los gastos que se incurran durante el año póliza durante el cual ocurrió el citado accidente.</p>
3.3	<p>Si por cualquier razón fuera necesario que la Aseguradora pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad que caería bajo el deducible anual, el Asegurado Titular se obliga a pagar y reembolsar esos pagos a la Aseguradora. Para este fin, el Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora a recuperar dicho pago aplicando automáticamente el acuerdo de pago mediante débito directo o con cargo a la tarjeta de crédito señalada en la solicitud o sus actualizaciones posteriores.</p> <p>En razón a 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 posea una autorización vigente para pagos mediante débito directo o con tarjeta de crédito que permitan a la Aseguradora proceder a recuperar pagos que hubiera realizado en nombre del Asegurado Titular y caigan bajo el monto del deducible. Para este efecto, el Asegurado Titular se obliga a mantener actualizada y vigente la información para pago mediante débito directo o con cargo a la 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, pudiendo incluso compensar los montos correspondientes.</p>
3.4	<p>PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: Algunos de los beneficios reconocidos bajo esta póliza se encuentran sujetos al cumplimiento de un requisito de pre-autorización. La pre-autorización permite a la Aseguradora confirmar la cobertura a favor del asegurado y, en su caso, autorizar los beneficios en la forma que corresponde. El asegurado deberá obtener la respectiva pre-autorización para acceder a cualquier beneficio cubierto cuando así se encuentre señalado en la Tabla de Beneficios. Asimismo, el asegurado deberá obtener una pre-autorización actualizada o revalidada si los servicios para el beneficio cubierto no son efectivamente recibidos dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de emisión de la pre-autorización original.</p> <p>El asegurado deberá notificar a la Aseguradora con una anticipación de al menos setenta y dos (72) hora, de forma previa a recibir cualquier atención médica. Por su parte, el tratamiento de emergencia deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio del tratamiento respectivo.</p>

3.5	<p>OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO: Con carácter previo a cualquier pre-autorización y/o de forma anterior a pagar cualquier reclamación, la Aseguradora podrá solicitar al asegurado toda y cualquier información que considere relevante, incluyendo resúmenes clínicos y reportes médicos. De igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se practique exámenes médicos con el médico que sea libremente elegido por parte de la Aseguradora (a costo de la Aseguradora). El médico designado por la Aseguradora queda autorizado expresamente para proporcionar a esta última un reporte médico sobre el estado de salud del asegurado.</p> <p>El asegurado se encuentra obligado a proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, en caso que así lo requiera la Aseguradora, se obliga a firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora tenga acceso y obtenga copias de dichos expedientes y reportes. De conformidad con el Artículo 1031 del Código de Comercio, la Aseguradora tendrá derecho a exigir al asegurado o al beneficiario, toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro, en la medida que los mismos contribuyan a establecer las circunstancias de su ocurrencia y sus consecuencias. Cualquier negativa a cooperar con la Aseguradora, o la negativa a autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, podría constituir motivo suficiente para que la reclamación sea denegada.</p>
3.6	<p>PAGOS DISCRECIONALES: En determinadas ocasiones, la Aseguradora podría efectuar pagos por servicios médicos o beneficios que no gozan de cobertura bajo esta póliza. Los pagos realizados en esas circunstancias se denominan pagos discrecionales o “ex gratia”. Cualquier pago ex gratia podrá ser realizado a sola y entera discreción de la Aseguradora y su importe no podrá sobrepasar la suma asegurada total correspondiente a esta póliza. El hecho de que la Aseguradora decida hacer un pago discrecional o “ex gratia” en cualquier momento no implica ni se interpretará como una modificación tácita del presente contrato; por lo tanto, bajo ninguna circunstancia se entenderá que en lo sucesivo la Aseguradora se encuentra obligada a hacer pagos idénticos o de naturaleza similar.</p>
3.7	<p>En caso de que la Aseguradora efectúe un pago por error, ya sea a un proveedor de servicios médicos o al Asegurado Titular, por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta póliza, la Aseguradora tendrá derecho a deducir o compensar la cantidad que hubiera pagado indebidamente de cualquier pago de reclamaciones futuras o, alternativamente, tendrá el derecho de solicitar y proceder con el reembolso directo del Asegurado Titular.</p>
3.8	<p>CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta póliza, las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:</p> <p>(a) Aquéllas que son declaradas al momento de completar la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Las cuales se considerarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días calendario, siempre que el asegurado hubiera estado libre de síntomas, signos, o tratamiento durante un período de cinco (5) años previo a la fecha de inicio de cobertura, salvo que se indique específicamente que las mismas se encuentran excluidas en el documento de Condiciones Particulares que forma parte integrante de la presente póliza. ii. Las cuales se considerarán cubiertas después de un período de dos (2) años, computable a partir de la fecha de inicio de cobertura, en caso que el asegurado hubiera tenido alguna clase de síntomas, signos, o tratamiento, en cualquier momento dentro del período de cinco (5) años previo a la fecha de inicio de cobertura, excepto que las mismas se encuentren excluidas específicamente en el documento de Condiciones Particulares. <p>(b) Aquéllas que no son declaradas al momento de completar la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores: Estas condiciones preexistentes se encuentran definitivamente excluidas de la cobertura de la póliza durante todo el tiempo en que la misma se encuentre vigente. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir o modificar las condiciones de la póliza en caso de llegar a conocer la reticencia en cuanto a la revelación de dicha información por parte del asegurado.</p>
3.9	<p>PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones y derechos relacionados o derivados de la presente póliza prescribirán en un plazo de cinco (5) años, computable a partir de la fecha de ocurrencia del evento que les dio origen, conforme lo establecido en el Artículo 1507 del Código Civil.</p>

ARTÍCULO 4: PRIMAS

4.1	<p>PAGO DE LA PRIMA: Todas las pólizas se consideran como pólizas anuales. El Asegurado Titular es responsable del pago oportuno y puntual de la prima. El pago de la prima deberá hacerse efectivo en la fecha de aniversario de la póliza o en cualquier otra fecha de vencimiento del pago que haya sido convenida o autorizada por parte de la Aseguradora. El Asegurado Titular se encuentra obligado y es responsable del pago de la prima sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora.</p> <p>En la eventualidad que el Asegurado Titular no hubiera recibido un aviso de pago de prima con una anticipación de treinta (30) días calendario a la fecha de vencimiento del pago, y siempre que no supiera o no pudiera establecer el importe del pago de la prima que le corresponde, el Asegurado Titular se obliga a comunicarse con su agente, intermediario o consultor de seguros, o directamente con la Aseguradora con la debida anticipación.</p>
-----	--

4.2	MODIFICACIÓN DEL MONTO DE LAS PRIMAS: En cada fecha de vencimiento del pago , la Aseguradora tendrá el derecho de modificar unilateralmente la generalidad de los montos de las primas previstos en esta póliza . Sin embargo, ningún asegurado será penalizado con el incremento del monto de la prima aplicable en base a su historial de reclamaciones .
4.3	PERÍODO DE GRACIA: En caso que la prima no sea efectivamente pagada en la fecha de vencimiento del pago , la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario, computable a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no fuera efectivamente pagada a la Aseguradora antes de la expiración del período de gracia , la presente póliza y todos los beneficios que otorga, se considerarán terminados indefectiblemente a partir de la fecha original del vencimiento de la prima. En este último supuesto, ningún beneficio será reconocido durante el período de gracia .

ARTÍCULO 5: RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

5.1	<p>La póliza de seguro podrá ser rescindida por voluntad unilateral de cualquiera de las partes contratantes. Si la Aseguradora ejerciera la facultad rescisoria, deberá notificar su decisión por escrito al Asegurado Titular en su domicilio y con una antelación no menor a quince (15) días calendario. Por su parte, si fuera el Asegurado Titular quien ejerza la facultad rescisoria, la misma producirá efecto a partir del momento en que la misma sea notificada de manera escrita a la Aseguradora.</p> <p>En caso que la rescisión se produjera por voluntad de la Aseguradora, ésta devolverá parte de la prima de seguro a prorrata por el tiempo no transcurrido, excepto que durante la vigencia del seguro objeto de rescisión, se hubiera pagado al Asegurado Titular siniestros por un valor igual o superior al ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada, en cuyo caso la Aseguradora no estará obligada a efectuar ninguna devolución. En caso que la rescisión se produjera por voluntad del Asegurado Titular, la Aseguradora tendrá derecho a la prima por el tiempo transcurrido, aplicándose a este efecto la tabla de período corto para calcular el importe de prima pagada sujeto a devolución:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Meses de seguro</th> <th>Proporción de prima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>25%</td></tr> <tr><td>2</td><td>40%</td></tr> <tr><td>3</td><td>55%</td></tr> <tr><td>4</td><td>65%</td></tr> <tr><td>5</td><td>75%</td></tr> <tr><td>6</td><td>80%</td></tr> <tr><td>7</td><td>85%</td></tr> <tr><td>8</td><td>90%</td></tr> <tr><td>9</td><td>95%</td></tr> <tr><td>10</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Meses de seguro	Proporción de prima	1	25%	2	40%	3	55%	4	65%	5	75%	6	80%	7	85%	8	90%	9	95%	10	100%
Meses de seguro	Proporción de prima																						
1	25%																						
2	40%																						
3	55%																						
4	65%																						
5	75%																						
6	80%																						
7	85%																						
8	90%																						
9	95%																						
10	100%																						
5.2	La Aseguradora se reserva el derecho de demandar la anulación, la nulidad, modificar o rescindir la póliza o el documento de Condiciones Particulares si llega a conocer que las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores son falsas, reticentes o inexactas, o que se ha cometido fraude, provocando que la Aseguradora hubiera aprobado la póliza , teniendo en cuenta que si hubiese conocido la información correcta o completa, la Aseguradora habría emitido la Carátula de la Póliza y las Condiciones Particulares de modo diferente, con cobertura restringida o aplicando una prima extra, o incluso habría declinado proporcionar la cobertura.																						
5.3	La Aseguradora tendrá el derecho de rescindir unilateralmente la póliza si las obligaciones u operaciones de la Aseguradora y/o las de sus compañías afiliadas son prohibidas por las leyes de Bolivia y las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si su cumplimiento o desarrollo infringe de cualquier manera las leyes aplicables a la Aseguradora o cualquiera de las entidades afiliadas o relacionadas a la Aseguradora .																						
5.4	<p>La póliza también podrá quedar privada de sus efectos o no ser renovada en caso de concurrir cualquiera de las circunstancias señaladas a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de pago de la prima dentro del período de gracia, o A solicitud escrita del Asegurado Titular pidiendo la terminación de su cobertura, o A solicitud escrita del Asegurado Titular pidiendo la terminación de la cobertura de algún dependiente, o Notificación escrita de la Aseguradora en los casos previstos en el Código de Comercio de Bolivia, o Notificación escrita de la Aseguradora al tener conocimiento de declaraciones falsas e inexactas, o Según lo estipulado en el numeral 2.5.7. 																						
5.5	En caso que el Asegurado Titular cambie su país de residencia , la Aseguradora se reserva el derecho de no renovar la póliza y, en su caso, contactar al Asegurado Titular con alguna aseguradora Bupa en otro país. Cualquier cambio de dirección del Asegurado Titular deberá ser notificado a la Aseguradora ; caso contrario, se tendrá como válida y eficaz la última dirección que conste en el expediente de la Aseguradora , tal como se especifica en el numeral 10.3 de este documento.																						

5.6	El Asegurado Titular podrá ejercer la facultad de rescisión siempre que no hubiera presentado una reclamación válida o recibido algún beneficio bajo la póliza durante el año póliza en curso. Si el Asegurado Titular hubiera pedido la inclusión de un dependiente bajo la cobertura de su póliza , también podrá pedir su exclusión, siempre que no se hubiera presentado una reclamación válida para dicho dependiente , o dicho dependiente no hubiera recibido algún beneficio bajo esta póliza .
5.7	La Aseguradora no puede rescindir la cobertura de manera retroactiva. En cualquier caso, el Asegurado Titular será responsable por el pago de las primas hasta la fecha en que opere efectivamente la rescisión o terminación del contrato .
5.8	<p>Si el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes llegara a fallecer, el hecho deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia. Asimismo, luego del fallecimiento del Asegurado Titular, cualquier persona mayor de edad cubierta bajo la póliza como dependiente podrá pedir convertirse en Asegurado Titular a su propio nombre, incluyendo bajo la cobertura de la póliza a sus propios dependientes.</p> <p>En caso que el Asegurado Titular falleciera y ninguna persona mayor de edad cubierta bajo la póliza como dependiente solicitara convertirse en Asegurado Titular, la presente póliza se considerará terminada, y si no se hubiera presentado ninguna reclamación válida y no se hubieran recibido beneficios bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará la parte de la prima correspondiente según lo establecido en la tabla contenida en el numeral 5.1.</p> <p>Si un dependiente falleciera, su cobertura bajo esta póliza terminará, y si no se hubiera presentado ninguna reclamación válida para dicho dependiente o si dicho dependiente no hubiera recibido ningún beneficio bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular el importe proporcional que corresponda según lo establecido en la tabla contenida en el numeral 5.1.</p>

ARTÍCULO 6: FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN

6.1	<p>PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El Asegurado deberá remitir prueba escrita de la reclamación que realiza, consistiendo dicha prueba en las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente completado y firmado.</p> <p>Es necesario utilizar un formulario de solicitud de reembolso para cada incidente y para cada una de las reclamaciones que se presenten. En caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, es necesario que se remitan los siguientes documentos para fines de revisión: informes policiales, copia de la póliza de seguro de automóvil (si existiera), 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; copias adicionales pueden obtenerse comunicándose con su agente, intermediario o consultor o con la Aseguradora, o también pueden ser descargados ingresando a la página web de la Aseguradora.</p> <p>Para hacer efectivos los pagos por reclamaciones de servicios o tratamientos médicos realizados fuera de Bolivia, las facturas originales detalladas, los expedientes médicos y el formulario de solicitud de reembolso deberán ser enviados a la Aseguradora dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del servicio o tratamiento. En caso que el tratamiento hubiera sido realizado en Bolivia, asegúrese de que las facturas pertinentes, una vez superado el importe del deducible, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A., con NIT 158270027 y que las mismas sean presentadas físicamente a la Aseguradora a más tardar hasta el día ocho (8) del mes siguiente al mes de emisión de la factura; caso contrario, la Aseguradora podrá deducir el importe correspondiente al crédito fiscal del monto total de la factura. Una vez recibida la información, evidencia y complementaciones requeridas, la Aseguradora se pronunciará sobre el rechazo o aceptación de toda reclamación presentada en un plazo de treinta (30) días. La Aseguradora podrá pedir complementaciones a la información y evidencia recibidas por dos (2) veces consecutivas.</p>
-----	--

6.2	<p>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. Antes de aprobar un pago directo o reembolsar al Asegurado Titular, la Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la aceptación o rechazo de la cobertura.</p> <p>En caso de 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 declarado del Asegurado Titular, cuyo nombre estuviera consignado en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores o que hubiera sido declarado heredero por la autoridad competente, al proveedor de servicios médicos, o a la persona que hubiera incurrido en los gastos, según sea el caso.</p> <p>Para que los beneficios sean exigibles bajo esta póliza, los hijos dependientes que hubieran cumplido diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de estudios de la universidad, como evidencia de que en el momento de emitirse o renovarse la póliza, los citados hijos dependientes eran estudiantes a tiempo completo, además de una declaración formal y escrita, firmada por el Asegurado Titular confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.</p>
6.3	<p>La Aseguradora pagará directamente al proveedor por cualquier beneficio que goce de cobertura bajo esta póliza siempre que esto sea posible. Caso 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 de respaldo relacionado con la cobertura de los beneficios respecto de los cuales el asegurado presenta la reclamación. Cuando la Aseguradora así lo requiera, el asegurado deberá presentar y entregar las facturas originales. La Aseguradora no estará obligada a devolver la documentación original que hubiera recibido del asegurado; sin embargo, a requerimiento de este último, la Aseguradora podrá enviar copias de los mismos.</p> <p>De conformidad con el Artículo 1028 del Código de Comercio, la Aseguradora no se encuentra obligada a pagar por ningún beneficio cubierto, si el formulario de solicitud de reembolso fuera recibido por la Aseguradora después de transcurrido un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, computable a partir de la fecha del tratamiento o servicio, salvo que se justifique una razón válida de suficiente gravedad que hubiera impedido al asegurado presentar la documentación dentro del plazo indicado.</p>
6.4	<p>La Aseguradora efectuará los pagos que correspondan por medio de cheque o transferencia electrónica en bolivianos o en dólares americanos. Será responsabilidad del Asegurado Titular pagar cualquier cargo o concepto que no sea elegible para pago bajo la cobertura que brinda la presente póliza.</p> <p>Cuando el Asegurado Titular hubiera pagado al proveedor del servicio y presente una solicitud de reembolso válida, la Aseguradora procederá con el reembolso respectivo en favor del Asegurado Titular. La Aseguradora únicamente procesará los pagos mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria del asegurado o por medio de un cheque pagadero al Asegurado Titular. La Aseguradora podrá pagar un reembolso a un asegurado dependiente solamente cuando el asegurado dependiente que recibió los servicios sea mayor de edad y la Aseguradora cuente con los datos de su cuenta bancaria.</p> <p>Si el banco cobrara al asegurado un cargo administrativo por la transferencia bancaria, la Aseguradora reembolsará dicha cantidad cuando el asegurado proporcione prueba de que ha pagado dicho cargo. Cualquier otro cargo bancario, tales como costos por cambio de moneda u otros similares, serán de exclusiva responsabilidad del asegurado, a menos que el asegurado hubiera tenido que pagar los mismos a raíz de un error atribuible a la Aseguradora.</p>
6.5	<p>La Aseguradora no proporcionará cobertura ni pagará ninguna reclamación bajo esta póliza si las obligaciones y operaciones de la Aseguradora y/o las de sus compañías afiliadas estuvieran prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La Aseguradora podrá informar al Asegurado Titular cuando una situación de esta naturaleza se presente, salvo que dicha información se considere prohibida por la ley o cuando una notificación semejante pudiera comprometer las políticas de seguridad de la Aseguradora.</p>

ARTÍCULO 7: REMBOLSO E INDEMNIZACIÓN

7.1	<p>La Aseguradora tendrá el derecho de pedir reembolsos del asegurado a cuyo favor hubiera pagado una reclamación, siempre que el asegurado hubiera recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. De igual manera, la Aseguradora tendrá el derecho de realizar actos de cobranza en nombre y representación del asegurado, asumiendo los gastos pertinentes, en contra de terceras personas que pudieran ser responsables indemnizar cualquier reclamación bajo esta póliza.</p>
-----	--

7.2	<p>CONCURRENCIA DE COBERTURAS: Si el asegurado tuviera cobertura bajo una póliza distinta a esta póliza, de tal forma que pudiera tener acceso a beneficios que también se encuentran cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados y aplicados de forma concurrente. En caso de existir otros seguros de salud que beneficien al asegurado, incluyendo programas auspiciados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado a tiempo de completarse la primera Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores de la Aseguradora. En estos supuestos, a tiempo de presentarse una reclamación, se deberá presentar también la documentación presentada y emitida por el otro seguro de salud, como así también copia de las facturas y la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. El monto total de los beneficios pagaderos bajo esta póliza y cualquier otra póliza de seguros será cubierto de forma concurrente por dichas pólizas. Las cantidades que fueran pagadas bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta póliza serán consideradas y computadas como parte del deducible del asegurado. La Aseguradora procederá a establecer una forma de coordinación de beneficios por la cual los montos cubiertos por la otra aseguradora serán aplicados al deducible de acuerdo a los beneficios y limitaciones previstos en esta póliza. El importe total de los pagos no podrá exceder los gastos incurridos. Fuera del país de residencia, la Aseguradora fungirá en calidad de aseguradora principal, y tendrá el derecho de recaudar los pagos y contribuciones de cualquier otra aseguradora. La Aseguradora solamente cubrirá la porción que corresponda del costo de cualquier beneficio siempre que el mismo se encuentre cubierto pago esta póliza.</p> <p>La documentación señalada a continuación será necesaria para establecer la forma de coordinación de los beneficios: (i) documento de Explicación de Beneficios emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) y (ii) copia de las facturas pagadas por la(s) otra(s) aseguradora(s) conteniendo información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.</p>
-----	--

ARTÍCULO 8: RENOVACIÓN

8.1	<p>Con anticipación de la fecha de aniversario de la póliza, la Aseguradora informará al Asegurado Titular si la presente póliza se encuentra sujeta y es susceptible de renovación para el siguiente año póliza.</p> <p>Cada año póliza, la Aseguradora podrá modificar la metodología para el cálculo de primas, determinación de las mismas y otras obligaciones de pago que debe cumplir el Asegurado Titular. La Aseguradora también podrá modificar los beneficios cubiertos, y los límites de dichos beneficios, como así también los términos y condiciones de esta póliza, previa aprobación de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS.</p> <p>Con una anticipación no menor a treinta (30) días hábiles a la fecha de aniversario de la póliza, la Aseguradora enviará al Asegurado Titular una notificación incluyendo detalles sobre la nueva prima aplicable, cualquier cambio en la póliza sujeta a renovación, y la razón de dichos cambios. Si el asegurado Titular decidiera no renovar su póliza en las condiciones que le fueran comunicadas, deberá contactar a la Aseguradora durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de aniversario de la póliza.</p> <p>A menos que el Asegurado Titular se comunique con la Aseguradora para expresar su voluntad de no proceder con la renovación de la póliza, la Aseguradora considerará que el Asegurado Titular se encuentra de acuerdo con los cambios y modificaciones y, en ese entendimiento, continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el Asegurado Titular hubiera proporcionado a la Aseguradora.</p>
8.2	<p>Sin perjuicio de las disposiciones contractuales aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la póliza aduciendo motivos de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hubieran sido pagadas oportunamente respetando los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Titular notifique de manera expresa 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 congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS.</p> <p>La Aseguradora informará al Asegurado Titular con al menos treinta (30) 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 a menos que el Asegurado Titular realice alguna petición de cambio de dicho concepto. La póliza se renovará en términos y condiciones similares a los contenidos en el plan original.</p> <p>En caso de que el Asegurado Titular cambie el lugar de residencia principal y permanente, o varíe su ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de la Aseguradora.</p>
8.3	<p>En caso de que la Aseguradora decidiera renovar la presente póliza, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que se establecieron en Carátula de la Póliza, a menos que existan pruebas suficientes que el riesgo ha sufrido agravaciones. Sin embargo, si el Asegurado Titular decidiera cambiar de plan de seguro, la Aseguradora tendrá el derecho de establecer nuevas restricciones o exclusiones personales.</p>

ARTÍCULO 9: MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

9.1	<p>Salvo lo expresamente estipulado en el presente numeral, solamente la Aseguradora y el Asegurado Titular tendrán autoridad para modificar los términos de la presente póliza. Ningún cambio será válido ni surtirá efectos legales a menos de que sea aceptado de forma escrita por la Aseguradora. Todas las modificaciones o anexos a esta póliza deberán ser autorizados y firmados por parte de un funcionario autorizado de la Aseguradora.</p>
-----	---

9.2	En caso de que el Asegurado Titular pidiera que se incorpore a un dependiente bajo la cobertura de su póliza , la Aseguradora evaluará el historial médico de dicha persona y decidirá sobre su inclusión como dependiente en la póliza , pudiendo también decidir si la agrega con restricciones o exclusiones especiales. En todo caso, la Aseguradora podrá decidir, a su entera discreción, si proporciona cobertura de ciertas condiciones pre-existentes del dependiente . La incorporación de un dependiente bajo la cobertura de la póliza obliga al Asegurado Titular a pagar una prima adicional. Los niños podrán ser incorporados sin que sea necesario proporcionar un historial médico o sin pagar prima (cumpliendo cualquier requerimiento aplicable), siempre que esto último se estipule de esa manera en la Tabla de Beneficios .
9.3	Al tratarse de una póliza con vigencia anual, el Asegurado Titular únicamente podrá pedir la modificación de su póliza a tiempo de la respectiva renovación. Si el Asegurado Titular decidiera pedir la modificación de los términos y condiciones de su póliza a tiempo de la renovación, ningún período de espera indicado en la Tabla de Beneficios se reiniciará nuevamente.
9.4	La Aseguradora podrá incorporar modificaciones unilaterales a la póliza durante el año póliza solo y exclusivamente cuando tales modificaciones se originen en cambios legales o regulatorios, en cuyo caso los cambios se aplicarán a la generalidad de los asegurados que tienen el mismo producto de seguro, para mejorar la cobertura que reciben de la Aseguradora . Cuando se presente un caso de esta naturaleza, la Aseguradora notificará al Asegurado Titular por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.
9.5	La Aseguradora podrá dar por terminada esta póliza inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura pudiera ser interpretado o constituyera una infracción de la Aseguradora y/o el Asegurado Titular bajo cualquier legislación, regulación o código boliviano, o a órdenes judiciales emitidas por las autoridades judiciales competentes de Bolivia.
9.6	De conformidad con lo previsto en el numeral 1.3 del presente documento, ningún agente, intermediario o consultor tendrá autoridad o facultad suficiente para introducir o acordar modificaciones o concesiones respecto de la póliza . Una vez que la póliza se encuentra emitida, ningún cambio será considerado como válido o eficaz salvo que medie acuerdo expreso entre el Asegurado Titular y la Aseguradora , expresado a través de un anexo o documento modificadorio referido a esta póliza el cual deberá ser firmado por ambas partes.

ARTÍCULO 10: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

10.1	El Asegurado Titular deberá informar inmediatamente por escrito a la Aseguradora sobre cualquier traslado o cambio de país de residencia o de nacionalidad de él o de alguno de sus dependientes . La citada notificación deberá efectuarse dentro de los primeros treinta (30) días calendario después de producirse el cambio, en cuyo caso la Aseguradora quedará facultada para proceder a incrementar la prima y/o incrementar el deducible anual, previo aviso al Asegurado Titular .
10.2	Esta póliza quedará resuelta automáticamente por imposibilidad sobreviniente y no producirá efectos legales si la ley del país al cual se traslade el Asegurado Titular , o su país de residencia o país de nacionalidad , o cualquier otra ley aplicable a la Aseguradora o a esta póliza prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.
10.3	El Asegurado Titular asume la obligación de informar a la Aseguradora inmediatamente cualquier cambio de dirección o de cualquier otro dato de contacto. Hasta tanto no se comunique ningún cambio, la Aseguradora utilizará válidamente los últimos datos de contacto que el Asegurado Titular hubiera proporcionado.

ARTÍCULO 11: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA

11.1	La responsabilidad de la Aseguradora bajo esta póliza se traduce y se limita específicamente a 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 es responsable ni tiene por objeto proporcionar ninguna clase de tratamientos médicos.
11.2	El Asegurado Titular faculta y autoriza expresamente a la Aseguradora para que gestione, en su nombre y el de sus dependientes asegurados , citas médicas o coordine 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, sin asumir ninguna otra responsabilidad adicional.
11.3	Si por cualquier razón el Asegurado Titular se encontrara temporalmente imposibilitado de impartir instrucciones a la Aseguradora con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), el Asegurado Titular autoriza expresamente a la Aseguradora para: <ul style="list-style-type: none"> ○ tomar decisiones que considere alineadas con el mejor interés del asegurado (solo y exclusivamente dentro de los límites y alcances de cobertura reconocidos bajo esta póliza); ○ proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información relevante sobre el asegurado, dentro de lo que considere apropiado bajo las circunstancias que se presenten; y/o ○ recibir instrucciones en cuanto a la forma de proceder de la persona que la Aseguradora considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el médico tratante, o el empleador).
11.4	En caso que la Aseguradora ejerza cualquiera de las funciones descritas en los numerales 11.2 y 11.3, podrá desplegar las mismas a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.

ARTÍCULO 12: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO

12.1	Ni la Aseguradora ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdidas, daños o enfermedades que pudiera sufrir el Asegurado Titular o sus dependientes asegurados como consecuencia derivada de la prestación de los beneficios cubiertos por parte de algún proveedor de servicios médicos o de cualquier otra persona que preste dichos servicios. En caso de considerarlo pertinente, el Asegurado Titular podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.
12.2	Los derechos y acciones legales del Asegurado Titular no se verán afectados, en caso que decidiera presentar una solicitud de reconsideración de reclamaciones siguiendo el procedimiento estipulado en el Artículo 16 de este documento.

ARTÍCULO 13: RECLAMACIONES FRAUDULENTAS O FALSAS

13.1	A los fines de aplicación del presente Artículo, cuando se haga referencia al Asegurado Titular , se considerará incluida también a cualquier otra persona que pudiera actuar en su nombre o representación. Asimismo, cuando se haga referencia a cualquier dependiente , se considerará incluida también a cualquier persona que pudiera actuar en su nombre o representación de dicho dependiente .
13.2	El Asegurado Titular y cualquiera de sus dependientes deberán: <ul style="list-style-type: none">○ abstenerse de realizar cualquier declaración fraudulenta o falsa, o presentar una reclamación falsa bajo esta póliza;○ abstenerse de enviar a la Aseguradora documentos que contengan declaraciones falsas o sean 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 y documentación que sea necesaria para verificar la procedencia o no de una reclamación determinada. El Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes se obligan a entregar toda la información y documentación pertinente a la Aseguradora aun cuando sepan que el hacerlo facultaría a la Aseguradora para denegar el pago de una reclamación bajo esta póliza.
13.3	En caso de incumplimiento de lo indicado en el numeral 13.2, la Aseguradora se reserva el derecho de: <ul style="list-style-type: none">○ negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o○ recuperar cualquier pago que la Aseguradora hubiera efectuado con respecto a determinada reclamación. Adicionalmente, si el Asegurado Titular no cumpliera con lo estipulado en el numeral 13.2, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que su póliza ha quedado resuelta automáticamente por incumplimiento del numeral 13.2, sin que medie la obligación de reembolsar ninguna porción de la prima. Si el incumplimiento del numeral 13.2 fuera incurrido solamente por uno de los dependientes , la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que la cobertura del dependiente bajo esta póliza queda resuelta automáticamente por incumplimiento sin que la Aseguradora tenga la obligación de reembolsar ninguna porción de la prima pagada por ese dependiente . En ambos casos, la Aseguradora se reserva el derecho de iniciar las acciones legales que considere pertinentes con relación al incumplimiento del numeral 13.2 por parte del Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes asegurados .

ARTÍCULO 14: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

14.1	A los fines de aplicación del presente Artículo, cuando se haga referencia al Asegurado Titular , se considerará incluida también a cualquier persona que pudiera actuar en su nombre o representación. Asimismo, cuando se haga referencia a cualquier dependiente , se considerará incluida también a cualquier persona que pudiera actuar en nombre o representación de dicho dependiente .
14.2	El Asegurado Titular y cualquiera de sus dependientes deberán actuar de buena fe y de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos, información y documentos que se proporcionen a la Aseguradora sean precisos, veraces y completos, tanto a tiempo de presentar la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores como para cualquier renovación, extensión o modificación a esta póliza . El Asegurado Titular deberá notificar a la Aseguradora sobre cualquier modificación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que comience la cobertura de la póliza . El Asegurado Titular (o cualquier persona actuando en su nombre o representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los dependientes que sea proporcionada a la Aseguradora .

14.3	<p>La Aseguradora se reserva el derecho de realizar las acciones detalladas en el numeral 14.4 en caso de que el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ deliberadamente o por descuido proporcione información incorrecta, falsa, imprecisa o incompleta a la Aseguradora, y/o ○ no tome las precauciones necesarias para proporcionar información exacta, veraz y completa a la Aseguradora (por ejemplo, si el asegurado responde una pregunta de forma incorrecta, descuidada o incompleta) en circunstancias en las cuales, si la Aseguradora hubiese contado con la información correcta, hubiera decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta póliza.
14.4	<p>En los casos en que resulte aplicable lo establecido en el numeral 14.3 anterior, la Aseguradora tendrá la facultad de proceder de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si el incumplimiento de lo señalado en el numeral 14.3 fuera atribuible al Asegurado Titular, entonces la Aseguradora se reserva el derecho de anular o resolver automáticamente esta póliza, de tal forma que la Aseguradora considerará esta póliza sin validez ni efectos legales a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso; ○ Si el incumplimiento de lo previsto en el numeral 14.3 fuese imputable solamente a uno de los dependientes, entonces la Aseguradora se reserva el derecho de dar por resuelta de forma automática y considerar sin validez la póliza de manera parcial en lo que respecta a dicho dependiente. De esta manera, la Aseguradora considerará que dicho dependiente carece de 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. <p>En caso de presentarse cualquiera de los supuestos anteriormente descritos, la Aseguradora tendrá derecho a consolidar a su favor las primas correspondientes al período de seguro en curso, a título de indemnización por el incumplimiento; sin embargo, si la resolución automática operara antes de que hubiera comenzado la cobertura del seguro, el derecho de la Aseguradora se limitará al reembolso de los gastos efectuados.</p>
14.5	<p>Si el Asegurado Titular incumpliera su obligación de tomar las precauciones necesarias y actuar con la diligencia debida para asegurarse de proporcionar a la Aseguradora información exacta, veraz y completa, sin que resulte aplicable lo estipulado en el numeral 14.3, pero siempre que al conocer la información correcta la Aseguradora hubiera proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes, entonces:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Aseguradora se reserva el derecho de considerar la presente póliza como si la misma se encontrase sujeta a términos y condiciones diferentes aplicables a la situación y condiciones correctas (por ejemplo, con una prima diferente). En este caso, la Aseguradora tendrá la facultad de pagar una reclamación siempre y cuando la misma hubiese estado cubierta por una póliza bajo términos y condiciones diferentes que hubieran sido estipulados por la Aseguradora, y ○ La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad indemnizable por una reclamación, si la Aseguradora hubiese cobrado una prima más alta. En este caso, el monto de la reclamación podrá ser reducido proporcionalmente en base a la cantidad de prima que la Aseguradora hubiera cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora podría elegir pagar solamente la mitad de la reclamación en caso que la Aseguradora hubiera cobrado el doble de la prima.
14.6	<p>En caso que solamente uno de los dependientes hubiera fallado en tomar las precauciones necesarias para asegurarse de proporcionar a la Aseguradora la información exacta, veraz y completa requerida, sin que resulte aplicable lo previsto en el numeral 14.3, pero siempre que la Aseguradora hubiese proporcionado cobertura para ese dependiente bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta, veraz y completa, entonces:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Aseguradora se reserva el derecho de considerar la presente póliza como si la misma se encontrase sujeta a términos y condiciones diferentes aplicables a la situación y condiciones correctas (por ejemplo, con una prima diferente). En este caso, la Aseguradora tendrá la facultad de pagar una reclamación siempre y cuando la misma hubiese estado cubierta por una póliza bajo términos y condiciones diferentes que hubieran sido estipulados por la Aseguradora, y ○ La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad indemnizable por una reclamación correspondiente al dependiente, si la Aseguradora hubiese cobrado una prima más alta. En este caso, el monto de la reclamación podrá ser reducido proporcionalmente, en base a la cantidad de prima que la Aseguradora hubiera cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora podría elegir pagar solamente la mitad de la reclamación en caso que la Aseguradora hubiera cobrado el doble de la prima.

ARTÍCULO 15: AVISO DE PRIVACIDAD

- 15.1 La **Aseguradora** asume la confidencialidad aplicable a la información personal de sus **asegurados** de forma responsable.
- En algunas ocasiones, la **Aseguradora** utiliza los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que podría llevarse a cabo fuera de la jurisdicción de la **Aseguradora** y en países donde los estándares de protección no tienen el mismo nivel, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.
- Si el **Asegurado Titular** fuera transferido a otro seguro ofertado por la **Aseguradora** u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la **Aseguradora** estará facultada para compartir con dichas compañías información médica, de reclamaciones e historial de la **póliza** del **Asegurado Titular**, aspecto que es autorizado expresamente por el **Asegurado Titular** en virtud de este documento.
- La **Aseguradora** podrá compartir información de los **dependientes** con el **Asegurado Titular**, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de **deducible** cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de los **beneficios cubiertos**.
- Tanto el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la **Aseguradora** procesa la información personal de los **asegurados**, en dichos documentos se autoriza la **Aseguradora** para procesar información personal del **Asegurado Titular** y de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Aseguradora** en el sitio web www.bupasalud.com.
- 15.2 En virtud de este documento, el **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** a reportar a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, toda y cualquier situación relevante, de conformidad con la normativa reglamentaria de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.

ARTÍCULO 16: RECONSIDERACIÓN DE RECLAMACIONES

- 16.1 En caso de surgir un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre una reclamación particular, el **asegurado** deberá solicitar una reconsideración del caso por parte del comité de apelaciones de la **Aseguradora** con carácter previo al inicio de cualquier consideración legal. A estos efectos, el **asegurado** deberá enviar una petición escrita al comité de apelaciones. Esta petición deberá incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de los motivos por los que la decisión debiera ser modificada. Dichas solicitudes de reconsideración deberán ser entregadas a la **Aseguradora**. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si requiere información y/o documentación adicional y en su caso realizará las diligencias necesarias para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones notificará al **asegurado** sobre su decisión y los fundamentos en que basa su decisión. Si el **asegurado** no estuviera de acuerdo con la resolución de la reconsideración, podrá proceder de conformidad con lo previsto en el numeral 16.2.
- 16.2 **RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y CONCILIACIÓN:** De forma previa al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción administrativa, el **asegurado** deberá agotar el proceso de reconsideración establecido en el numeral 16.1 del presente documento. En caso de que la controversia o disputa no sea resuelta conforme el mecanismo antes citado, el **asegurado** tendrá derecho a iniciar un proceso arbitral o acudir a la vía administrativa, según las estipulaciones fijadas a continuación:
- Toda y cualquier controversia o disputa que surja entre las partes, en relación directa o indirecta con la presente **póliza** de seguro, será resuelta definitivamente mediante arbitraje institucional en derecho, que será administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje Comercial de la Cámara de Industria, Comercio, Servicios y Turismo de Santa Cruz – CAINCO.
- El tribunal arbitral estará conformado por tres (3) árbitros. Cada una de las partes designará a un (1) árbitro y el tercer árbitro será elegido por los árbitros designados por las partes. En caso de desacuerdo sobre la designación del tercer árbitro, se aplicará el Reglamento de Arbitraje del Centro señalado precedentemente.
- El arbitraje se desarrollará en idioma castellano, teniendo como sede la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
- La controversia será resuelta de acuerdo a la legislación sustantiva vigente en el Estado Plurinacional de Bolivia, la Ley No. 708, Ley de Conciliación y Arbitraje y el procedimiento aplicable será el previsto en el Reglamento de Arbitraje del Centro que administrará el arbitraje.
- El **asegurado** y la **Aseguradora** acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal.
- Sin perjuicio de lo anterior, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda (UFV100.000,00). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

ARTÍCULO 17: LEGISLACIÓN APLICABLE

17.1	Esta póliza se encuentra sujeta y se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora y a cualquier otra normativa general vigente y aplicable a la materia en Bolivia.
17.2	Los documentos y materiales proporcionados por la Aseguradora en idiomas distintos al castellano, tendrán fines referenciales e informativos solamente. En todos los casos, prevalecerán frente a tales documentos y materiales informativos y referenciales, los términos contenidos en los documentos que conforman la póliza .
17.3	En todo cuanto no estuviera previsto en las Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares , esta póliza se regirá por las disposiciones legales vigentes en Bolivia.

ARTÍCULO 18: DEFINICIONES

A	ACCIDENTE	Daño o lesión corporal causado involuntariamente por un evento externo, violento, súbito y fortuito. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.
	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.
	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 internado, hasta el hospital, clínica o sanatorio más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
	AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte terrestre de emergencia del asegurado hacia un hospital, clínica o sanatorio .
	ANEXO	Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido a tiempo o con posterioridad a la fecha de inicio de cobertura y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales y/o las Condiciones Particulares . Lo estipulado en un anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares en todo aquello que se contraponga.
	AÑO CALENDARIO	El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
	AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha efectiva de la póliza , y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
	ASEGURADO TITULAR	La persona solicitante nombrada en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores . Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
	ASEGURADO	La persona cuyos datos personales se encuentran incluidos expresamente en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores , respecto de quien se ha pagado una prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora . El término " asegurado " incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza .
ASEGURADORA	Se refiere a Bupa Insurance (Bolivia) S.A., una sociedad anónima legalmente constituida y existente bajo las leyes del Estado Plurinacional de Bolivia, debidamente autorizada para el ejercicio de su actividad como empresa aseguradora por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS y que cuenta con autorización de funcionamiento como empresa de seguros según Resolución Administrativa/SPVS/IS/No. 883, de 14 de noviembre de 2008.	
B	BENEFICIOS CUBIERTOS	Tratamientos y beneficios que aparecen como cubiertos en la Tabla de Beneficios de la póliza.
	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	La porción de los gastos que el asegurado debe pagar además del deducible cuando así se indique en la 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.

C

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	<p>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.</p> <p>Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o dolencia de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o dolencias por las que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir tratamiento médico de la enfermedad o dolencia de que se trate.</p> <p>La Aseguradora podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o dolencia alguna relativa al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticada en el citado examen médico.</p>
CONDICIONES PARTICULARES	Documento que la Aseguradora emite como parte de la póliza para aclarar o explicar la póliza , permitiendo su individualización.
CONTRATANTE	La persona que firma la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima. El término comprende la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores , la Carátula de la Póliza , las Condiciones Generales, la Tabla de Beneficios , las Exclusiones y Limitaciones, las Condiciones Particulares y los anexos .
CONTRATO	El presente contrato de seguro celebrado entre la Aseguradora y el Asegurado Titular , bajo el cual la Aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al Asegurado Titular por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurra.
CONVIVIENTE	Las parejas del mismo o diferente sexo no casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la Aseguradora .
CÓNYUGE	La persona con quien el Asegurado Titular ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio y bajo las leyes bolivianas.
CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).
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 cardiacos 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 .
	DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del Asegurado Titular cubierta bajo esta póliza y, nombrada en la Carátula de la Póliza .
	DONANTE	Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
E	EMERGENCIA	Enfermedad o dolencia que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
	ENFERMEDAD O DOLENCIA	Es la alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor habilitado por la autoridad competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
	ENFERMERO(A)	Profesional habilitado por la autoridad competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento .
	ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de los esperados de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una enfermedad epidémica que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
	EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo médicamente necesario que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un médico , (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.
	ESPECIALISTA	Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico o doctor general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la lesión enfermedad o dolencia que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.
ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin signos de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.	

E	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	Los hijos mayores de dieciocho (18) años de edad y menores de veinticuatro (24) debidamente inscritos en un colegio o universidad debidamente registrado en el momento en que la póliza es emitida o renovada y que dependen económicamente del Asegurado Titular . La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el/la hijo/a dependiente , según sea el caso.
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.
F	FECHA DE ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA	El primer día del próximo año póliza .
	FECHA DE INICIO DE COBERTURA	La fecha en que el seguro entra en vigor para el Asegurado Titular y cada uno de los dependientes , la cual puede ser igual o diferente a la fecha efectiva de la póliza .
	FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO	La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la póliza si la prima no es pagada. Es la fecha en que concluye la cobertura de la póliza . Esta fecha puede coincidir con la fecha de aniversario de la póliza si el modo de pago es anual.
	FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA	La fecha en que la cobertura del Asegurado Titular entra en vigor.
	FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente autorizado para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o dolencias del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el tratamiento .
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 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 VIDA	Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.
	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	NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y autorizado para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el tratamiento .
	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
O P	PACIENTE AMBULATORIO	Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital, clínica o sanatorio únicamente durante el día.
	PAÍS DE NACIONALIDAD	El país que le ha otorgado nacionalidad al Asegurado Titular y que éste ha especificado en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores , o el que se le haya informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.
	PAÍS DE RESIDENCIA	El país de origen o donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al Asegurado Titular y que éste ha especificado en la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores , o el que se le haya informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.
	PERÍODO DE ESPERA	Algunos beneficios están sujetos a períodos de espera. Esto significa que 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 .
	PERÍODO DE GRACIA	El período de tiempo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha de vencimiento de pago de la fracción de prima, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea renovada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes de que termine el período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha de vencimiento de pago original. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.
	PÓLIZA	El contrato de seguro entre la Aseguradora y el Asegurado Titular , incluyendo la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores , la Carátula de la Póliza , las Condiciones Generales, la Tabla de Beneficios , las Exclusiones y Limitaciones, las Condiciones Particulares y los anexos .
	PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov , www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk).
	PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente autorizado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el tratamiento .

Q	QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.
	RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
	RED DE PROVEEDORES	Hospitales y médicos o doctores con los que la Aseguradora tiene convenios para ciertos planes en los que el asegurado puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida. (a) La red de proveedores está disponible en la Aseguradora o en su página web www.bupasalud.com , y está sujeta a cambio sin previo aviso. (b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la red de proveedores, todo tratamiento , excepto emergencias , deberá ser coordinado por la Aseguradora . (c) En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada en el país de residencia del asegurado , no existirá restricción sobre los proveedores que el asegurado podrá utilizar en su país de residencia .
	REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)	Tratamiento o una combinación de varios tratamientos de terapias física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.
	RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el Asegurado Titular contrató la póliza de seguro.
	RESIDENTE	Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.
S	SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o dolencia constatadas por el médico o doctor tratante.
	SÍNTOMA	Referencia que da un asegurado al médico o doctor tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
	SOLICITANTE	La persona que llena y suscribe la Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores para obtener cobertura.
	SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES	Formulario que contiene la declaración del solicitante con respecto a su información y sus dependientes , usada por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por la Aseguradora , el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la aceptación e inicio de la cobertura.
	SUMA ASEGURADA	Monto en dólares americanos asignada por asegurado y por año póliza , sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza , para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de Bolivia como en el extranjero, por accidentes, lesiones, enfermedades o dolencias cubiertos bajo la póliza , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza . La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza , reducida por los pagos efectuados por los diferentes accidentes, lesiones, enfermedades o dolencias cubiertos que hayan ocurrido durante el mismo año póliza .
	T	TABLA DE BENEFICIOS
	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 .

T	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.
	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO	Tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.
U	USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE	Es el costo máximo que la Aseguradora pagará por todos los beneficios cubiertos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de beneficios cubiertos bajo la póliza , el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la Aseguradora tiene convenidos con los hospitales, clínicas o sanatorios y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el tratamiento .

El texto anterior fue consensuado con el **Asegurado Titular** y es responsabilidad de la **Aseguradora**, encontrándose debidamente registrado y autorizado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, en cumplimiento de la normativa vigente en Bolivia, en virtud de la Resolución No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934779-2016 05 023, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Código No. 201-934779-2016 05 023 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 105/2018 de fecha 26 de enero de 2018, Código 201-934779-2016 05 023 2002.

