GLOBAL ULTIMATE HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

BUPA DOMINICANA

GLOBAL ULTIMATE HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES	
1.1	BUPA DOMINICANA, S. A., sociedad comercial constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, portadora del Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) No. 1-01-19388-3, y Certificado de Registro Mercantil No. 23800SD, con domicilio social ubicado en la Avenida Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana (de ahora en adelante denominada la "**Aseguradora**"), en consideración a las declaraciones contenidas en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** presentado por el **solicitante** (de ahora en adelante denominado el "**Asegurado Titular**") y sus declaraciones individuales, las cuales se incorporan al presente **contrato** para sus efectos vinculantes, se compromete a reembolsarle al **Asegurado Titular** los gastos médicos incurridos por éste último y/o sus **dependientes asegurados** de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta **póliza**. Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta **póliza**, incluyendo los montos **deducibles** aplicables, los beneficios con **límites máximos** y otros límites estipulados en la **Tabla de Beneficios**. El **contrato** de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** lo constituye la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la **Carátula de la Póliza**, las Condiciones Generales de la **póliza**, los **anexos** y las **Condiciones Particulares** que se agreguen al mismo. Ninguna otra persona, incluyendo a los **dependientes asegurados**, podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este **contrato** de seguro. Los **dependientes asegurados** pueden hacer uso del proceso de quejas establecido en el Artículo 18 de este documento. En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** procederá según lo establecido en el numeral 8.2 del presente documento.
1.2	ESTIPULACIÓN LEGAL: Esta **póliza** será interpretada y aplicada de acuerdo con las leyes de la República Dominicana.
1.3	MODIFICACIÓN DE CONDICIONES: Ningún **agente, intermediario o consultor** tiene la autoridad para modificar la **póliza** o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la **póliza** haya sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea autorizado por escrito por la **Aseguradora**.
1.4	AVISO IMPORTANTE SOBRE LA **SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES**: Esta **póliza** es emitida con base a la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y al pago de la prima. Cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las declaraciones hechas por el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** puede resultar en que la **póliza** sea rescindida o cancelada de conformidad con lo que al respecto se establece en el Artículo 62 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana.
1.5	INDISPUTABILIDAD: La **póliza** será indisputable por omisión o inexacta declaración conforme al Artículo 54 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, excepto como se estipula en el numeral 2.5.7.
1.6	CESIÓN: Esta **póliza** no podrá ser cedida o traspasada por el **Asegurado Titular** sin previo consentimiento expreso y escrito de la **Aseguradora**. La cesión de la **póliza** por parte del **Asegurado Titular** en ningún caso produce efecto sin la previa aceptación de la **Aseguradora**.
1.7	AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Para efectos de este contrato, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento afecte a un determinado riesgo. El **asegurado** se encuentra obligado a dar aviso a la **Aseguradora** de cualquier agravación esencial del riesgo dentro del plazo de veinticuatro (24) horas siguiente al momento en que tuviera conocimiento de dicha agravación del riesgo, por lo que en caso de que el **asegurado** no dé dicho aviso o que la agravación esencial sea causada por éste, el **asegurado** perderá el derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de este contrato, si dicha agravación resulta esencial.
ARTÍCULO 2: ADMINISTRACIÓN GENERAL	
2.1	En este documento, y tal como se describe en el Artículo 20 "Definiciones", el término "**Aseguradora**" se refiere a Bupa Dominicana, S. A. y el término "**Asegurado Titular**" se refiere al **Asegurado Titular** nombrado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**.
2.2	Los términos definidos en el Artículo 20 "Definiciones" corresponden a los términos destacados en **negrilla** en este documento y/o en la **Tabla de Beneficios**.

2.3 VIGENCIA DE LA **PÓLIZA**: La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de la República Dominicana en la **fecha efectiva de la póliza** consignada en la **Carátula de la Póliza**, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de la República Dominicana en la **fecha de vencimiento del pago**.

La **póliza** tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la **póliza** vigente en la **fecha de vencimiento del pago**.

Si la **póliza** es renovada, se forma un nuevo **contrato** bajo los mismos términos que el **año póliza** anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al **Asegurado Titular** en el momento de la **renovación**.

La **Aseguradora** se reserva el derecho de no emitir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de la República Dominicana, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si emitir dicha **póliza** infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquier de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.

Según lo establecido en el Artículo No. 94 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, no obstante el término de vigencia del **contrato**, tanto el **Asegurado Titular** como la **Aseguradora** podrán dar por terminado el **contrato** anticipadamente sin expresión de causa, debiendo la **Aseguradora** notificar con por lo menos diez (10) días de aviso previo al **Asegurado Titular**, en caso de que sea la **Aseguradora** que decida ejercer la terminación.

2.4 ENTREGA DE LA **PÓLIZA**: La **póliza** se considerará entregada al ser recibida por el **Asegurado Titular** en el lugar indicado para recibir notificaciones en la **Carátula de la Póliza**.

2.5 ELEGIBILIDAD:

2.5.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: Esta **póliza** sólo puede ser emitida a **residentes** de la República Dominicana con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los **dependientes** elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para **Asegurados Titulares** ya cubiertos bajo esta **póliza**. Esta **póliza** no puede ser emitida a personas que residen permanentemente en cualquier otro país que no sea la República Dominicana. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en la República Dominicana. Sin perjuicio de lo anterior, la **Aseguradora** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **Asegurado Titular** en caso que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a la República Dominicana, y conllevará a la posible terminación de cobertura si el **Asegurado Titular** se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América.

2.5.2 **DEPENDIENTES** ELEGIBLES: Los **dependientes** elegibles bajo esta **póliza** son aquéllos que han sido identificados en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**. Los **dependientes** elegibles incluyen al **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular**, así como hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, y menores de edad para quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado representante legal por un juez competente.

2.5.3 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD: Para que el/la **conviviente** del **Asegurado Titular** sea un **dependiente** elegible, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

(a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado o ser **conviviente** de otra persona.

(b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente.

(c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.

(d) Los dos deben tener capacidad civil para contratar.

(e) Los dos deben ser interdependientes financieramente y proporcionar los documentos que comprueben una de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:

i. Ambos son propietarios de una residencia en común, o

ii. Que cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:

- Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
- Un crédito donde ambos son deudores mancomunados
- Un contrato de arrendamiento de residencia que identifique a ambos como arrendatarios
- Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

	2.5.4 AMPLIACIÓN Y TERMINACIÓN DE COBERTURA: La cobertura está disponible para los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros y **estudiantes a tiempo completo** en un colegio o universidad debidamente registrado en el momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y **estudiantes a tiempo completo**. Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser un **estudiante a tiempo completo** después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o toma residencia permanente en otro país que no sea la República Dominicana, o si el (la) **cónyuge dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o anulación, o el(la) **conviviente** deja de serlo, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o de la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, la que ocurra primero. 2.5.5 CONTINUIDAD DE COBERTURA: El **dependiente** que estuvo cubierto bajo una **póliza** anterior con la **Aseguradora** y que es elegible para cobertura bajo su propia **póliza**, será aprobado sin necesidad de una evaluación de riesgo para una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la **póliza** anterior. Su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** debe ser recibida antes de terminar el **período de gracia** de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. 2.5.6 El **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su **cónyuge** o **conviviente** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en la **Carátula de la Póliza** que la **Aseguradora** extiende al **Asegurado Titular**. Para solicitarlo, deberá llenar una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. 2.5.7 Será causa de terminación anticipada de la **póliza**, sin responsabilidad para la **Aseguradora**, si el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el beneficiario, fueren condenados por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien son mencionados en las listas que emite la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrados en la comisión de los delitos señalados. En caso que el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el beneficiario obtengan sentencia absolutoria o dejen de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo soliciten y la **póliza** se encuentre dentro del periodo de vigencia, la **Aseguradora** la rehabilitará, por el periodo de vigencia así como proporcionando los derechos, obligaciones y antigüedad de la **póliza** que se está rehabilitando.
2.6	MONEDA: Todos los valores monetarios mencionados en esta **póliza** están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US$). El tipo de cambio utilizado para pagos de primas y facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares de los Estados Unidos de América (US$), estarán calculados de acuerdo con el tipo de cambio publicado diariamente por el Banco Central de la República Dominicana. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de efectuar los pagos o reembolsos en la moneda en que se facturó el servicio o **tratamiento**.
2.7	DOMICILIO: Se fija la República Dominicana como domicilio de las partes. Para los efectos de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República Dominicana. Si el **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y de poner en contacto al **Asegurado Titular** con una **asegurado**ra de Bupa en otro país.
2.8	LEGISLACIÓN APLICABLE: Esta **póliza** se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad **asegurado**ra, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia en la República Dominicana.
2.9	AVISOS Y NOTIFICACIONES: El **Asegurado Titular** deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro directamente a las oficinas centrales de la **Aseguradora** en Santo Domingo, cuya dirección está señalada en la Carátula de la Póliza. La **Aseguradora** por su parte enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el **Asegurado Titular** señaló en la solicitud de la presente póliza.
ARTÍCULO 3: COBERTURA	
3.1	La **Aseguradora** únicamente cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios**.

3.2	DEDUCIBLE: La **póliza** contempla el pago de un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, por cada **año póliza**, según el plan seleccionado por el **Asegurado Titular**, los cuales están especificados en la **Carátula de la Póliza**. Los **deducibles** anuales aplican por separado al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir los **deducibles** anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada **año póliza**. Si corresponde el pago del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** será responsable por el pago del **deducible** correspondiente a cada **asegurado** cubierto bajo su **póliza** directamente al proveedor hasta alcanzar el total del **deducible** anual correspondiente. Deberá cubrirse el **deducible** antes de que inicie la responsabilidad de la **Aseguradora** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada. Todas las cantidades correspondientes al pago de **deducibles** se acumulan hasta un total máximo por **póliza** equivalente a la suma de dos (2) **deducibles** individuales por **año póliza**. Todos los **asegurados** bajo la **póliza** contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los **deducibles** dentro y fuera del **país de residencia**. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al **deducible** por **póliza** han sido alcanzadas, la **Aseguradora** considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada **asegurado** por concepto de **deducible**. Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la **Tabla de Beneficios** no se tomarán en cuenta para el cálculo del **deducible** anual. Aun cuando la cantidad que el **Asegurado Titular** esté reclamando sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** debe enviar a la **Aseguradora** su reclamación para que la **Aseguradora** sepa cuándo el **asegurado** correspondiente ha cubierto su **deducible** anual. Los gastos elegibles incurridos por el **asegurado** durante los últimos tres (3) meses del **año póliza** que sean utilizados para acumular al **deducible** correspondiente para ese **año póliza**, serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del **año póliza**. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**, y posteriormente el **asegurado** presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del **año póliza**, el beneficio otorgado será revertido, y el **asegurado** será responsable del pago del **deducible** del siguiente **año póliza**. En caso de **accidente**, se eliminará el **deducible** en los gastos incurridos durante el **año póliza** en que ocurrió el **accidente**. Si el **accidente** ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el **deducible** se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados de la **dolencia** relacionada con el **accidente**. Es obligación del **asegurado** notificar el accidente a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del **deducible** si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.
3.3	Si se hiciera necesario por cualquier razón que la **Aseguradora** pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad sujeta a **deducible** anual, la **Aseguradora** procederá para obtener posteriormente dicho pago del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** para obtener dicho pago por medio del acuerdo de pago con débito directo o con tarjeta de crédito que haya sido proporcionado en la solicitud o que haya sido actualizado posteriormente. Ya que esta **póliza** está sujeta a un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, el **Asegurado Titular** deberá asegurarse de que la **Aseguradora** tenga una autorización actualizada para pago con débito directo o con tarjeta de crédito que permita a la **Aseguradora** proceder a obtener pago por cualquier **deducible** que haya cubierto en nombre del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** deberá actualizar la información para pago con débito directo o con tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite la **Aseguradora**. De lo contrario, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar ninguna reclamación hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier **deducible** pendiente.
3.4	PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: Algunos de los beneficios bajo esta **póliza** están sujetos a un requisito de pre-autorización. La pre-autorización le permite a la **Aseguradora** confirmar la cobertura del **asegurado** y autorizar los beneficios como corresponde. El **asegurado** deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**. El **asegurado** deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el **beneficio cubierto** no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-autorización original. Se recomienda que el **asegurado** notifique a la **Aseguradora** por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el **tratamiento de emergencia** dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**. En caso de **accidente**, es obligación del **asegurado** notificar a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la **Aseguradora** en caso de haberse notificado el **accidente** a tiempo. Además, en caso de **accidente**, no corresponderá la eliminación del deducible si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.

3.5	OBLIGATORIEDAD DEL **ASEGURADO**: Antes de cualquier pre-autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la **Aseguradora** podrá solicitar al **asegurado** cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la **Aseguradora** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de la **Aseguradora** (bajo el costo de la **Aseguradora**), quien a su vez proporcionará a la **Aseguradora** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**. El **asegurado** debe proporcionar a la **Aseguradora** todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la **Aseguradora**, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la **Aseguradora** obtenga tales expedientes y reportes médicos. De conformidad con los Artículos 97 y 99 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, la **Aseguradora** tendrá derecho a exigir del **asegurado** o del beneficiario, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias. El no cooperar con la **Aseguradora**, o el no autorizar el acceso de la **Aseguradora** a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que la reclamación sea denegada. Si el **asegurado** o el beneficiario no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro como se indica en el numeral 3.4, la **Aseguradora** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente. La **Aseguradora** quedará desligada de sus obligaciones si: (a) se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias. (b) con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones. (c) con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.
3.6	PAGOS DISCRECIONALES: Puede ser que en algunas ocasiones, la **Aseguradora** pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta **póliza**. Estos pagos son llamados pagos discrecionales o "ex gratia". Cualquier pago ex gratia se hará única y a completa discreción de la **Aseguradora** y nunca sobrepasará la **suma asegurada** total correspondiente a esta **póliza**. El hecho de que la **Aseguradora** decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o "ex gratia" no implica modificación tácita del presente **contrato**, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la **Aseguradora** esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.
3.7	En caso de que la **Aseguradora** efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular** por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta **póliza**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **Asegurado Titular**.
3.8	CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta **póliza**, las **condiciones preexistentes** se clasifican en dos (2) categorías: (a) Las que son declaradas al momento de llenar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: i. Estarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días calendario cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas**, **signos**, o **tratamiento** durante un período de cinco (5) años antes de la **fecha de inicio de cobertura** a menos que se indique que están excluidas específicamente en el documento de **Condiciones Particulares** que forma parte integral de la **póliza**. ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la **fecha de inicio de cobertura** cuando el **asegurado** presente **síntomas**, **signos**, o **tratamiento** en cualquier momento durante el período de cinco (5) años antes de la **fecha de inicio de cobertura** a menos que estén excluidas específicamente en el documento de **Condiciones Particulares**. (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: Estas **condiciones preexistentes** NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la **póliza** se encuentre en vigor. Además, la **Aseguradora** se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la **póliza** en base a la omisión de dicha información por parte del **asegurado**.
3.9	PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que derivan de la presente **póliza** prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen conforme lo establecido en el Artículo 47 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana.
ARTÍCULO 4: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	
4.1	En este Artículo encontrará un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la **Aseguradora** como parte del seguro de salud. Además de esto, el **asegurado** podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su cobertura, como lo explica el documento de **Condiciones Particulares**.
4.2	COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES: Cuando el **asegurado** presentó su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, se le pidió que suministrara toda la información acerca de cualquier **lesión**, **enfermedad o dolencia** por la cual el **asegurado** y/o sus **dependientes** han recibido medicamentos, indicaciones médicas o **tratamientos**, así como **síntomas** que hayan experimentado antes solicitar el seguro con la **Aseguradora**. Esto es conocido como condiciones preexistentes.

4.3	El equipo médico de la **Aseguradora** ha analizado el historial médico del **Asegurado Titular** y sus **dependientes** para decidir los términos sobre los cuales se le ofrece este seguro de salud. Es posible que la **Aseguradora** haya ofrecido cobertura para **condiciones preexistentes**, posiblemente mediante una extra-prima, que haya decidido excluir **condiciones preexistentes** específicas, o que haya aplicado otras restricciones al seguro de salud. En el caso que la **Aseguradora** haya aplicado alguna exclusión personal u otras restricciones a la **póliza** del **asegurado**, esto será descrito en el documento de **Condiciones Particulares**. Esto significa que la **Aseguradora** no cubrirá los costos de **tratamiento** para dichas **condiciones preexistentes**, los **síntomas** relacionados con ellas, o cualquier condición que sea resultado de o esté relacionada con dichas **condiciones preexistentes**. De igual modo, la **Aseguradora** no cubrirá ninguna **condición preexistente** que el **asegurado** no haya informado debidamente durante el proceso de solicitud.
4.4	Si la **Aseguradora** no ha incluido en el documento de **Condiciones Particulares** una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier **condición preexistente** que el **asegurado** haya declarado en su solicitud está cubierta bajo la **póliza**.
4.5	EXCLUSIONES GENERALES: Las exclusiones contenidas en los numerales 4.6 al 4.47 corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente. Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de **Condiciones Particulares**, la **Aseguradora** no proporciona cobertura o beneficios para ninguna de las exclusiones y limitaciones mencionadas en esta sección, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la **Tabla de Beneficios**, ni para las **condiciones preexistentes** que estén directamente relacionadas con: ○ **Condiciones preexistentes** no declaradas al momento de contratar la **póliza** o sus complicaciones; ○ **Enfermedades** o **dolencias** y **tratamientos** excluidos; ○ Gastos adicionales o incrementados que resulten de **enfermedades** o **dolencias** y **tratamientos** excluidos, y ○ Complicaciones que resulten de **enfermedades** o **dolencias** y **tratamientos** excluidos. Los títulos incluidos a continuación no reconocen el alcance ni limitan de forma alguna la exclusión o restricción enunciada.
4.6	ADMISIÓN ELECTIVA AL **HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO**: La admisión electiva en un **hospital, clínica o sanatorio** por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la **Aseguradora**.
4.7	ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a **asegurados** con **enfermedades** o condiciones cubiertas bajo la **póliza**, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
4.8	CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o **tratamiento** electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o **tratamiento** que no sea **médicamente necesario**, excepto cuando resulte de una **lesión**, deformidad, **accidente** o **enfermedad** que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el **asegurado** cubierto bajo esta **póliza**, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
4.9	CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o **tratamientos**, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la **póliza**.
4.10	COSTOS RELACIONADOS AL TRASPLANTE: Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
4.11	CLÍNICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.: **Tratamientos** o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un **hospital**.
4.12	CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el **asegurado**: ○ ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida, ○ ha participado activamente, o ○ ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
4.13	CONTROL DE NATALIDAD: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planificación familiar, tal como consultas de la **asegurada** con su doctor para discutir el plan de embarazo.

4.14	COSTOS RELACIONADOS AL TRASPLANTE: Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración. Nota: La **Aseguradora** cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del **tratamiento** de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de **tratamiento** de cáncer.
4.15	DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los **beneficios cubiertos**.
4.16	DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO: No se cubrirán **tratamientos** relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni **tratamientos** del desarrollo infantil. Los diagnósticos y **tratamientos** de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
4.17	DESÓRDENES DEL SUEÑO: **Tratamiento** para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.
4.18	DISFUNCIONES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Consultas y **tratamientos** relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la **póliza**, y las enfermedades transmitidas sexualmente.
4.19	EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo **tratamiento** a una madre o a un **recién nacido** relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la **Tabla de Beneficios**.
4.20	ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El **tratamiento** de, o que surja como resultado de, cualquier **enfermedad epidémica** y/o **pandémica**, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los **tratamientos** preventivos para, o relacionados con, cualquier **enfermedad epidémica** y/o **pandémica**.
4.21	EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la **Aseguradora**.
4.22	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES: Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del **asegurado** para trabajar o viajar.
4.23	GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN: Los gastos de registro/administración en **hospitales** o instituciones similares (a menos que la **Aseguradora**, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).
4.24	GASTOS QUE EXCEDAN UCR: Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo **usual, acostumbrado y razonable** por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del **tratamiento** que se ha recibido.
4.25	GASTOS RELACIONADOS CON **TRATAMIENTOS** NO CUBIERTOS: El **tratamiento** de cualquier lesión, **enfermedad o dolencia**, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro: (a) Que no sea **médicamente necesario**, o (b) Para un **asegurado** que no se encuentre bajo los cuidados de un **médico**, **doctor** o profesional acreditado, o (c) Que no sea autorizado o recetado por un **médico o doctor**, o (d) Que está relacionado con el **cuidado asistencial**, excepto cuando se especifique cobertua en la **Tabla de Beneficios**, o (e) Que se lleva a cabo en un **hospital**, pero para el cual no es **médicamente necesario** el uso de instalaciones hospitalarias. Cualquier exclusión particular de la **póliza** excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta **póliza**, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o **accidentes**.
4.26	LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO Y SUICIDIO FALLIDO: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **enfermedades** o **dolencias**, así como lesiones auto infligidas por el propio **asegurado**, suicidio y suicidio fallido.
4.27	LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen **tratamientos** de lesiones, **enfermedades** o **dolencias**, así como **accidentes** que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el **Asegurado Titular** o sus **dependientes** participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el **asegurado** haya sido el provocador.
4.28	MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA: La **Aseguradora** no pagará el **mantenimiento artificial de vida** dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos **tratamientos** resulten en la recuperación del **asegurado** o en la restauración de su salud. La **Aseguradora** se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.

4.29	MATERNIDAD SUBROGADA: El **tratamiento** directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la **asegurada** actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el o la **asegurado(a)**. La maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera. Dicha figura no está regulada por la legislación dominicana. Sin embargo, la presente explicación se incluye para dar un mejor entendimiento a la causal de esta exclusión.
4.30	MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.
4.31	MEDICAMENTOS SIN RECETA: Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.
4.32	ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles **enfermedades** o **dolencias** futuras.
4.33	PODOLOGÍA: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea **médicamente necesario**, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
4.34	PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O EN INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS: **Tratamiento** realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o **tratamiento** realizado en instalaciones médicas no reconocidas.
4.35	PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el **asegurado** es susceptible o no de desarrollar una **enfermedad o dolencia** y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de **exámenes de diagnóstico**.
4.36	SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL: **Tratamiento** de **lesiones** que se produzcan mientras el **asegurado** se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.
4.37	TRASTORNOS REFRACTIVOS: **Tratamientos**, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la **Tabla de Beneficios**.
4.38	TRATAMIENTO DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: **Tratamiento** para asistir en la reproducción, como: ○ fertilización in-vitro (IVF) ○ **transferencia** intratubárica de gametos (GIFT) ○ **transferencia** intratubárica de cigotos (ZIFT) ○ inseminación artificial (IA) ○ **tratamiento** de medicamentos recetados ○ traslado del embrión (de una ubicación física a otra) ○ gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen
4.39	TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES PÚBLICAS: **Tratamientos** en cualquier institución gubernamental, cuando el **asegurado** es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.
4.40	TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: La **Aseguradora** no pagará por **tratamientos** o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La **Aseguradora** tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente. La **Aseguradora** no pagará por cualquier costo relacionado con **tratamientos** o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una **prueba clínica registrada** y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.
4.41	TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o **tratamientos** psiquiátricos y/o psicológicos durante una **hospitalización** cuando la razón principal de la **hospitalización** sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.
4.42	TRATAMIENTOS MAXILARES: **Tratamientos** del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta **póliza**.

4.43	TRATAMIENTOS PARA EL CRECIMIENTO: Cualquier **tratamiento** relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo **tratamientos** realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al **tratamiento** de una condición cubierta bajo la **póliza**.
4.44	TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD: **Tratamiento** para o como resultado de la obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en la **Tabla de Beneficios**. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la **Tabla de Beneficios**, sujetos a los términos y condiciones de la **póliza**. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para **asegurados** que ya hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, y para **asegurados** que aún no han cumplido con el período de espera de dos (2) años de cobertura bajo la **póliza**.
4.45	**Tratamientos** que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx.
4.46	TRATAMIENTOS REALIZADOS POR FAMILIARES: **Tratamiento** que haya sido realizado por algún médico o proveedor de servicios médicos que sea **cónyuge**, **conviviente**, padre, madre, hermano(a), o hijo(a) de cualquier **asegurado** bajo esta **póliza**.
4.47	USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a **lesiones**, **enfermedades** o **dolencias** ocasionadas por culpa grave del **asegurado** debido al uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier **accidente** o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de **accidentes** en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el **asegurado** esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el **accidente** o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.
ARTÍCULO 5: PRIMAS	
5.1	PAGO DE LA PRIMA: Todas las **pólizas** son consideradas **pólizas** anuales. El **Asegurado Titular** es responsable del pago a tiempo de la **prima**. La **prima** es pagadera en la **fecha de aniversario de la póliza** o en cualquier otra **fecha de vencimiento del pago** que haya sido autorizada por la **Aseguradora**. El **Asegurado Titular** es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la **Aseguradora**. Si el **Asegurado Titular** no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días calendario antes de la **fecha de vencimiento del pago**, y no sabe el monto del pago de su prima, el **Asegurado Titular** deberá comunicarse con su **agente, intermediario o consultor**, o directamente con la **Aseguradora**.
5.2	CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La **Aseguradora** se reserva el derecho de cambiar en forma general las tarifas de esta **póliza** en cada **fecha de vencimiento del pago** previa aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. Ningún **asegurado** será penalizado con el incremento de la prima basado en su historial de **reclamaciones**.
5.3	PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la **fecha de vencimiento del pago**, la **Aseguradora** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la **Aseguradora** antes de que termine el **período de gracia**, esta **póliza** y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el **período de gracia**.
ARTÍCULO 6: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA	
6.1	La **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la **póliza** o el documento de **Condiciones Particulares** si se descubre que las declaraciones en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, provocando que la **Aseguradora** aprobara la **póliza** cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la **Aseguradora** habría emitido la **Carátula de la Póliza** y las **Condiciones Particulares** con cobertura restringida o con extra-prima, o habría declinado proporcionar cobertura. A tales efectos, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** diez (10) días calendario previos a la efectividad de dicha cancelación.
6.2	La **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar o rescindir la **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de la República Dominicana y las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquiera de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**. A tales efectos, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** diez (10) días calendario previos a la efectividad de dicha cancelación.

6.3	La **póliza** también puede ser cancelada o no renovada por una de las siguientes circunstancias: (a) Por falta de pago de la prima, después del **período de gracia**. En estos casos, la **póliza** conservará su vigencia, hasta la fecha en que alcance la prima efectivamente abonada, salvo que la **Aseguradora**, a su sola discreción, decida devolver la parte de la prima no consumida, calculada a prorrata y a partir de ese momento se considerará definitivamente cancelada. (b) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** para terminar su cobertura, sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la **Aseguradora**; (c) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** para terminar la cobertura para algún **dependiente**, sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la **Aseguradora**; (d) Por notificación por escrito de la **Aseguradora**, sin expresión de causa, con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la **Aseguradora**; (e) Por notificación por escrito de la **Aseguradora** por declaraciones falsas e inexactas, conforme a lo establecido en el numeral 6.1, o (f) Según lo estipulado en el numeral 2.5.7, en cuyo caso, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** diez (10) días calendario previos a la efectividad de dicha cancelación. En caso de terminación de la **póliza** de conformidad con los puntos (b) y (c), la **Aseguradora** retendrá la parte de la prima correspondiente al tiempo que el seguro estuvo vigente, calculada a base de la tarifa de corto plazo establecida en la **póliza**, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la **Aseguradora** no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros. En caso de terminación de la póliza de conformidad con los puntos (d), (e) y (f), la **Aseguradora** retendrá la parte de prima correspondiente al tiempo que el seguro estuvo vigente, a base de prorrata sobre la prima de la póliza. En caso de cancelación de la **póliza** conforme a lo establecido en la letra (e) y en el numeral 6.1, la **Aseguradora** se reserva el derecho de perseguir la restitución de los pagos y/o gastos incurrimos por la **Aseguradora** en ocasión a la cobertura de la **póliza** y/o cualquier reclamación pagada al **Asegurado Titular** o a un **dependiente**.
6.4	Si el **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y de poner en contacto al **Asegurado Titular** con una **asegurado**ra de Bupa en otro país. Cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** deberá notificarlo a la **Aseguradora**; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en el numeral 12.3 de este documento.
ARTÍCULO 7: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO TITULAR	
7.1	No obstante el término de vigencia del **contrato**, el **Asegurado Titular** podrá dar por terminado el **contrato** anticipadamente sin expresión de causa con por lo menos treinta (30) días de aviso previo dado a la **Aseguradora**. Si el **Asegurado Titular** cancela la **póliza** durante este período de treinta (30) días, conforme a lo dispuesto en el numeral 6.3, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad de la prima no devengada para ese **año póliza**, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la **Aseguradora** no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros.
7.2	Si el **Asegurado Titular** ha agregado a un **dependiente** a su **póliza**, también podrá cancelar esa adición con previo aviso de por lo menos treinta (30) días. La **Aseguradora**, conforme a lo dispuesto en el numeral 6.3, reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad de la prima no devengada correspondiente a dicho **dependiente** para ese **año póliza**, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la **Aseguradora** no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros.
7.3	Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se le deberá notificar a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días siguientes. Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Asegurado Titular** por su propio derecho, e incluir a sus propios **dependientes**. Si el **Asegurado Titular** falleciera y ningún adulto **dependiente** ha solicitado convertirse en **Asegurado Titular**, esta **póliza** será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida, la **Aseguradora** reembolsará al beneficiario la porción de la prima no devengada correspondiente al período después de que terminó la cobertura, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la **Aseguradora** no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros. Si un **dependiente** fallece, su cobertura bajo esta **póliza** terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho **dependiente,** la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la porción de la prima no devengada correspondiente a dicho **dependiente** que el **Asegurado Titular** haya pagado para del período siguiente a la terminación de la cobertura, y de la prima a devolver deducirá una suma igual al total de las reclamaciones pagadas durante el período de vigencia, sujeto a que la prima devengada a retener por la **Aseguradora** no sea inferior a las reclamaciones pagadas o a pagar por siniestros.

ARTÍCULO 8: CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	
8.1	PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El **Asegurado** deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba en las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado. Dichos documentos deben ser entregados a la **Aseguradora** dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del **tratamiento** o servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, copia de la **póliza** de seguro de automóvil (si existe), informe médico del **tratamiento de emergencia** y resultado de las pruebas de toxicología. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la **póliza**; también pueden obtenerse comunicándose con su **agente, intermediario o consultor** o con la **Aseguradora** en el lugar para recibir notificaciones de la **Carátula de la Póliza** o en la página web de la **Aseguradora**.
8.2	PAGO DE RECLAMACIONES: La **Aseguradora** tiene como política efectuar pagos directos a **médicos** y **hospitales, clínicas o sanatorios** en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la **Aseguradora** y la tarifa **usual, acostumbrada y razonable** para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al **Asegurado Titular**. En caso del fallecimiento del **Asegurado Titular**, una vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de esta **póliza**, la **Aseguradora** pagará el reembolso de pagos pendientes al beneficiario o heredero legal del **Asegurado Titular** indicado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** o declarado por tribunal competente, al proveedor de servicios médicos, o a la persona que haya incurrido con los gastos, según sea el caso. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta **póliza**, los hijos **dependientes** que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de estudios de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la **póliza** o renovarla, dichos hijos **dependiente** son **estudiantes a tiempo completo**, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** confirmando que dichos hijos **dependiente** son solteros.
8.3	El objetivo de la **Aseguradora** es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible. De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la solicitud de reembolso a la **Aseguradora**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el **asegurado** está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la **Aseguradora**, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales. La **Aseguradora** no está en posibilidad de regresar documentación original al **asegurado**; sin embargo, la **Aseguradora** podrá enviarle copia de los mismos. De conformidad con el Artículo 97 de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana, la **Aseguradora** no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la **Aseguradora** después de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del **tratamiento** o servicio, a menos de que haya una razón válida y de peso por la cual no fue posible para el **asegurado** presentar la documentación antes.
8.4	Cuando el **Asegurado Titular** ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una solicitud de reembolso válida, la **Aseguradora** procederá con el reembolso al **Asegurado Titular** por medio de transferencia electrónica o cheque en pesos dominicanos o en dólares americanos. Cuando la **Aseguradora** convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el publicado por el Banco Central de la República Dominicana correspondiente a la fecha de servicio. Es responsabilidad del **Asegurado Titular** pagar cualquier cargo que no sea elegible para pago bajo la cobertura de su **póliza**. La **Aseguradora** solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria de un **asegurado dependiente** cuando el **asegurado dependiente** que ha recibido los servicios es mayor de edad y la **Aseguradora** cuenta con los datos de su cuenta bancaria. La **Aseguradora** cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco le cobra al **asegurado** un costo administrativo por transferencia bancaria, la **Aseguradora** reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del **asegurado**, a menos de que el **asegurado** haya pagado debido a un error de la **Aseguradora**.
8.5	La **Aseguradora** no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de la República Dominicana, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La **Aseguradora** generalmente informará al **Asegurado Titular** cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la **Aseguradora**.

ARTÍCULO 9: SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN	
9.1	La **Aseguradora** tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del **asegurado** a quien ha pagado una reclamación, cuando el **asegurado** haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la **Aseguradora** se reserva el derecho de proceder en nombre del **asegurado**, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta **póliza**, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta **póliza**.
9.2	Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los **beneficios cubiertos** de un **asegurado**, la **Aseguradora** podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho **asegurado**. El **asegurado** deberá proporcionar a la **Aseguradora** cualquier ayuda necesaria para que la **Aseguradora** pueda gestionar dicha reclamación, por ejemplo: ○ proporcionar documentos o declaraciones de testigos; ○ firmar documentos legales que sean necesarios (incluyendo mandatos), y ○ someterse a una evaluación médica. La **Aseguradora** podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado** antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la **póliza**. El **asegurado** se compromete a que no tomará ninguna acción, aceptará ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la **Aseguradora** para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado**.
9.3	COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: Si el **asegurado** tiene cobertura bajo otra póliza que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta **póliza**, dichos beneficios serán coordinados. De existir otro seguro de salud, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado cuando se llene la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** original de la **Aseguradora**. En caso de reclamación, se deberá presentar verificación del otro seguro de salud y copia de las facturas desglosadas conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. La suma de los beneficios pagaderos por esta **póliza** y cualquier otra póliza de seguros será coordinada entre ellas. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta **póliza** serán acreditadas al **deducible** del **asegurado**. La **Aseguradora** procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados al **deducible** de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta **póliza**. El total de los pagos no podrá exceder los gastos incurridos. Fuera del **país de residencia**, la **Aseguradora** funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora. La **Aseguradora** solamente cubrirá la porción correspondiente del costo de cualquier beneficio cubierto. La siguiente documentación será necesaria para coordinar beneficios: documento de Explicación de Beneficios que haya sido emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) y copia de las facturas pagadas por la(s) otra(s) aseguradora(s) que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.
ARTÍCULO 10: RENOVACIÓN	
10.1	La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** si esta **póliza** está disponible para renovación para el siguiente **año póliza** con anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**. Cada **año póliza**, la **Aseguradora** podrá cambiar la forma como calcula las primas, cómo determina las primas, lo que el **Asegurado Titular** debe pagar y el método de pago. La **Aseguradora** también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta **póliza**, previa aprobación de la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. La **Aseguradora** enviará al **Asegurado Titular** una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la **póliza** a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el **asegurado Titular** decide no renovar su **póliza**, deberá contactar a la **Aseguradora** durante los treinta (30) días siguientes a la **fecha de aniversario de la póliza**. A menos que el **Asegurado Titular** se comunique con la **Aseguradora** para expresar su deseo de no renovar la **póliza**, la **Aseguradora** considerará que el **Asegurado Titular** ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el **Asegurado Titular** haya proporcionado a la **Aseguradora**.
10.2	Conforme a las disposiciones aplicables, la **Aseguradora** no podrá negar la renovación de la **póliza** por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** notifique de manera fehaciente su voluntad de no renovar la **póliza** cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la **fecha de vencimiento del pago**. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la República Dominicana. La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan si el **Asegurado Titular** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original. En caso de que el **Asegurado Titular** cambie de residencia u ocupación, la renovación de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Aseguradora**.

10.3	En caso de que la **Aseguradora** decida renovar esta **póliza**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en **Carátula de la Póliza**, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado. Sin embargo, si el **Asegurado Titular** decide cambiar de plan de seguro, la **Aseguradora** se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.
ARTÍCULO 11: CAMBIOS A LA PÓLIZA	
11.1	Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** podrán modificar esta **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la **Aseguradora**. Todas las modificaciones o **anexos** a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la **Aseguradora**.
11.2	Si el **Asegurado Titular** solicita agregar un **dependiente** a su **póliza**, la **Aseguradora** evaluará el historial médico de dicha persona. La **Aseguradora** podrá decidir no agregar a dicha persona como **dependiente** en la **póliza**, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones especiales. La **Aseguradora** podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del **dependiente**. El **Asegurado Titular** deberá pagar una prima adicional por dicho **dependiente**. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico o sin pagar prima (y de acuerdo a cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la **Tabla de Beneficios**.
11.3	Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá modificar su **póliza** al momento de la renovación. Cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite un cambio de plan o producto, aplican las siguientes condiciones: (a) Los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan o producto los contemple. (b) El **periodo de espera** para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. (c) Si el plan o producto anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo plan o producto, se debe cumplir el **período de espera** establecido en la **Tabla de Beneficios**. (d) Para el pago de siniestros ocurridos y diagnosticados antes del cambio de plan, cuando ambos planes o productos contemplen diferentes **sumas aseguradas** para el mismo beneficio, se pagará el menor de los beneficios durante un período de doce (12) meses. (e) No obstante lo anterior, la **Aseguradora** podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite cambio de plan, beneficios, **deducibles** o **suma asegurada**.
11.4	La **Aseguradora** podrá hacer modificaciones a la **póliza** durante el **año póliza** solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la **Aseguradora**. Cuando este sea el caso, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.
11.5	La **Aseguradora** podrá dar por terminada esta **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la **Aseguradora** y/o el **Asegurado Titular** puedan infringir cualquier legislación, regulación o código dominicano, o a órdenes judiciales emitidas por los juzgados competentes en la República Dominicana.
11.6	Tal y como se establece en el numeral 1.3 del presente documento, ningún **agente, intermediario o consultor** tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** y sea hecho constar por un **anexo** o razón a la **póliza**, firmado por ambas partes.
ARTÍCULO 12: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA	
12.1	El **Asegurado Titular** deberá informar por escrito a la **Aseguradora** inmediatamente si él o alguno de sus **dependientes** se muda a otro país o si cambia su **país de residencia** especificado o su nacionalidad especificada. Dicha notificación deberá hacerla dentro de los primeros treinta (30) días calendario después del cambio, en cuyo caso quedará a criterio de la **Aseguradora** y previo aviso al **Asegurado Titular**, proceder a incrementar la prima y/o incrementar el **deducible** anual.
12.2	Esta **póliza** terminará si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia** o **país de nacionalidad**, o cualquier otra ley aplicable a la **Aseguradora** o a esta **póliza** le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.
12.3	El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Aseguradora** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la **Aseguradora** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.
ARTÍCULO 13: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA	
13.1	La responsabilidad de la **Aseguradora** bajo esta **póliza** es proporcionar al **asegurado** y sus **dependientes asegurados** cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar **tratamientos** en nombre del **asegurado** relacionados con sus **beneficios cubiertos**. La **Aseguradora** no proporciona los **tratamientos** médicos.

13.2	El **Asegurado Titular** faculta a la **Aseguradora** para gestionar, en su nombre y el de sus **dependientes asegurados**, citas médicas o coordinar la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La **Aseguradora** desempeñará dichas funciones con el mayor cuidado posible.
13.3	Si por cualquier razón el **Asegurado Titular** no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la **Aseguradora** con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), el **Asegurado Titular** autoriza expresamente a la **Aseguradora** para: ◦ tomar una decisión que considere que está en el mejor interés del **asegurado** (de acuerdo a su cobertura bajo esta **póliza**); ◦ proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el **asegurado** que se considere apropiada bajo las circunstancias; y/o ◦ recibir instrucciones de la persona que la **Aseguradora** considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el **médico** tratante, o el empleador).
13.4	Mientras la **Aseguradora** ejerza las funciones descritas en los numerales 13.2 y 13.3, podrá desempeñar las mismas a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.
ARTÍCULO 14: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO	
14.1	Ni la **Aseguradora** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. El **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.
14.2	Los derechos legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, si éste decide presentar una queja como se estipula en el Artículo 18 de este documento.
ARTÍCULO 15: RECLAMACIONES FRAUDULENTAS O FALSAS	
15.1	En este Artículo, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.
15.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán: ◦ abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o falsa, o presentar una reclamación falsa bajo esta **póliza**; ◦ abstenerse de enviar a la **Aseguradora** documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o ◦ proporcionar a la **Aseguradora** toda la información que sea necesaria para verificar la procedencia o no de una reclamación. El **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** se obligan a entregar toda la información pertinente a la **Aseguradora** aun cuando sepan que el hacerlo facultará a la **Aseguradora** para denegar el pago de una reclamación bajo esta **póliza**.
15.3	En caso de no cumplimiento con lo indicado en el numeral 15.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de: ◦ negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o ◦ recuperar cualquier pago que la **Aseguradora** ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación. Adicionalmente, si el **Asegurado Titular** no cumple con lo estipulado en el numeral 15.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que su **póliza** ha sido cancelada por incumplimiento del numeral 15.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima. Si solamente uno de los **dependientes** infringe lo estipulado en el numeral 15.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que la cobertura bajo esta **póliza** del **dependiente** en particular ha terminado por incumplimiento del numeral 15.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este **dependiente**. En ambos casos, la **Aseguradora** se reserva el derecho de iniciar cualquier actividad legal que considere pertinente con relación al incumplimiento del numeral 15.2 por parte del **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes asegurados**.
ARTÍCULO 16: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	
16.1	En este Artículo, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.
16.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la **Aseguradora** sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y para cualquier renovación, extensión o modificación a esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá notificar a la **Aseguradora** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la **póliza**. El **Asegurado Titular** (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a la **Aseguradora**.

16.3	La **Aseguradora** se reserva el derecho de ejercer sus derechos, definidos en el numeral 16.4 a continuación, si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes**: ○ deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la **Aseguradora**, y/o ○ no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la **Aseguradora** (por ejemplo, si el **asegurado** responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la **Aseguradora** habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta **póliza** para el **asegurado** si la **Aseguradora** hubiese contado con la información correcta.
16.4	En los casos donde aplique lo establecido en el numeral 16.3 anterior: ○ cuando el **Asegurado Titular** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 16.3, la **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar esta **póliza**. Esto significa que la **Aseguradora** considerará esta **póliza** sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso; ○ cuando solamente uno de los **dependientes** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 16.3, la **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la **póliza** que proporciona cobertura a dicho **dependiente**. Esto significa que la **Aseguradora** considerará a dicho **dependiente** sin cobertura válida bajo esta **póliza** a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la fecha de renovación de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso. En estos casos, la **Aseguradora** tendrá derecho, a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro transcurrido desde la **fecha efectiva de la póliza** y/o **fecha de aniversario de la póliza** hasta la fecha de cancelación; pero si da por terminado el seguro antes de la **fecha efectiva de la póliza** y/o **fecha de aniversario de la póliza**, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.
16.5	Cuando el **Asegurado Titular** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en el numeral 16.3, y la **Aseguradora** habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces: ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Aseguradora** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Aseguradora** hubiera estipulado, y ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basada en la cantidad de la prima que la **Aseguradora** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado el doble de la prima.
16.6	Cuando solamente uno de los **dependientes** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en el numeral 16.3, y la **Aseguradora** hubiese proporcionado cobertura para ese **dependiente** bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces: ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Aseguradora** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Aseguradora** hubiera estipulado, y ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho **dependiente** si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta para dicho **dependiente**. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la **Aseguradora** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado el doble de la prima.

ARTÍCULO 17: AVISO DE PRIVACIDAD	
17.1	La **Aseguradora** toma la confidencialidad de la información personal de sus **asegurados** seriamente. La **Aseguradora** en ocasiones usa los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que puede llevarse a cabo fuera de su jurisdicción en países donde no se ofrece el mismo nivel de protección que el de la **Aseguradora**, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información. Si el **Asegurado Titular** se transfiere a otro seguro de la **Aseguradora** u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la **Aseguradora** compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la **póliza** del **Asegurado Titular**, lo cual autoriza expresamente desde ya el **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** podrá compartir la 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 **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**, y a través de dichos documentos la **Aseguradora** solicita la autorización del **Asegurado Titular** para procesar su información personal, así como la de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Aseguradora** en www.bupasalud.com.
ARTÍCULO 18: QUEJAS	
18.1	APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre una reclamación, el **asegurado** deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de la **Aseguradora** antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el **asegurado** deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser entregadas a la **Aseguradora**. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones notificará al **asegurado** sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión. Si el **asegurado** no está de acuerdo con la resolución de la apelación, podrá actuar conforme lo indicado en el numeral 18.2.
18.2	ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN: Previo al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción legal, el **asegurado** deberá agotar el proceso de apelación establecido en el numeral 18.1 de este documento. En caso de un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre esta **póliza** y/o sus condiciones, el desacuerdo será resuelto mediante arbitraje o conciliación previa de conformidad con las disposiciones legales establecidas en los artículos 105 al 110 de la Ley 14602 sobre Seguros y Fianzas en la República Dominicana. El acta de no conciliación emitida por la Superintendencia de Seguros o el Laudo Arbitral es un requisito previo al conocimiento de la demanda que pudiere intentar cualquiera de las partes ante los Tribunales de la República Dominicana. Cada parte solventará sus propios gastos durante el proceso, incluyendo pero no limitado a honorarios de sus respectivos abogados, tasas, entre otros, así como los gastos del proceso arbitral o conciliación. El **asegurado** y la **Aseguradora** acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. El **asegurado** y la **Aseguradora** declinan cualquiera y todos los derechos de interponer una acción ante los tribunales ordinarios de la República Dominicana, excepto en los casos en que las decisiones tomadas por el tribunal de arbitraje sean ejecutadas por la vía judicial. El **asegurado** y la **Aseguradora** señalan sus respectivas direcciones descritas en la **Carátula de la Póliza** como lugar para recibir notificaciones, citaciones y comunicaciones.
ARTÍCULO 19: JURISDICCIÓN Y ACCIÓN LEGAL	
19.1	Esta **póliza** está sujeta, se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad **asegurado**ra, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia en la República Dominicana.
19.2	En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza** debido al lenguaje, la versión en español tendrá procedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.
19.3	En lo no previsto en las Condiciones Generales y/o en las **Condiciones Particulares**, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

ARTÍCULO 20: DEFINICIONES

A	ACCIDENTE	Daño, trauma o **lesión** provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una **enfermedad o dolencia**. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.
	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 ingresado, hasta el **hospital, clínica o sanatorio** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.
	AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del **asegurado** hacia un **hospital, clínica o sanatorio**.
	ANEXO	Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido con posterioridad a la **fecha de inicio de cobertura** y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales y/o las **Condiciones Particulares**. Lo estipulado en un anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales y las **Condiciones Particulares** en todo aquello que se contraponga.
	AÑO CALENDARIO	El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
	AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la **fecha efectiva de la póliza**, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
	ASEGURADO TITULAR	La persona **solicitante** nombrada en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
	ASEGURADO	La persona para quien se ha completado una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la **Aseguradora**. El término "**asegurado**" incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.
	ASEGURADORA	Se refiere a Bupa Dominicana, S.A., entidad mercantil debidamente constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, portadora del Registro Nacional de Contribuyentes (RNC) No. 1-01-19388-3, y Certificado de Registro Mercantil No. 23800SD, con domicilio social ubicado en la Avenida Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana.
B	BENEFICIOS CUBIERTOS	**Tratamientos** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de la **póliza**.
C	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.
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta **póliza**, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.
	COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO	Cualquier desorden del **recién nacido** relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

C	CONDICIÓN PREEXISTENTE	Son aquellas **enfermedades**, **dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos a la **fecha de inicio de cobertura**. Cuando la **Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas **enfermedades** o **dolencias** por los que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el tratamiento médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate. La **Aseguradora** podrá requerir al **solicitante** y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.
	CONDICIONES PARTICULARES	Documento que la **Aseguradora** agrega a la **póliza** para aclarar o explicar la **póliza**, permitiendo su individualización.
	CONTRATANTE	La persona que firma la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.
	CONTRATO	El presente contrato celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, bajo el cual la **Aseguradora** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.
	CONVIVIENTE	Las parejas del mismo o diferente sexo no casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la **Aseguradora**.
	CÓNYUGE	La persona con quien el **Asegurado Titular** ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio y por las leyes dominicanas.
	CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud** o **asistente de enfermería**.
	CUIDADOS INTENSIVOS	Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee cuidados 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	Condición anormal o alteración en la salud del **asegurado** que ha sido diagnosticada por un **médico o doctor** certificado por el órgano competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

E	ENFERMERO(A)	Profesional certificado por el órgano competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el **tratamiento**.
	ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una **enfermedad epidémica** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
	EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un médico, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.
	ESPECIALISTA	Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un **médico o doctor** general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la **lesión enfermedad o dolencia** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.
	ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	Los hijos mayores de los dieciocho (18) años de edad y menores de veinticuatro (24) debidamente inscritos en un colegio o universidad debidamente registrado en el momento en que la **póliza** es emitida o renovada y que dependen económicamente del **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el/la hijo/a **dependiente**, según sea el caso.
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un paciente.
F	FECHA DE ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA	El primer día del próximo **año póliza**.
	FECHA DE INICIO DE COBERTURA	La fecha en que el seguro entra en vigor para el **Asegurado Titular** y cada uno de los **dependientes**, la cual puede ser igual o diferente a la **fecha efectiva de la póliza**.
	FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO	La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la **póliza** si la prima no es pagada. Es la fecha en que concluye la cobertura de la **póliza**. Esta fecha puede coincidir con la **fecha de aniversario de la póliza** si el modo de pago es anual.
	FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA	La fecha en que la cobertura del **Asegurado Titular** entra en vigor.
	FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.

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 júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico o **tratamiento** del **asegurado**; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.), o (e) que está relacionado con el **cuidado asistencial**.
	MEDICAMENTOS POR RECETA	Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la prescripción de un **médico**.
	MÉDICO O DOCTOR	Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el **tratamiento** y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas debidamente certificadas para la práctica de la odontología.
N	NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.
O	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
P	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 en el que el **Asegurado Titular** ha manifestado en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** que mantiene su residencia fija o en su defecto su país de origen; o el lugar que hubiese informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.

P	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 las Condiciones Generales y las **Condiciones Particulares**, tal como está descrito en el numeral 1.1.
	PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk).
	PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el **tratamiento**.
Q	QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.
R	RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
	RED DE PROVEEDORES	**Hospitales** y **médicos o doctores** con los que la **Aseguradora** tiene convenios para ciertos planes en los que el **asegurado** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida. (a) La red de proveedores está disponible en la **Aseguradora** o en su página web www.bupasalud.com y está sujeta a cambio sin previo aviso. (b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la red de proveedores, todo **tratamiento**, excepto **emergencias**, deberá ser coordinado por la **Aseguradora**. (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, o asiste habitualmente a, un país en el que mantiene intereses formales comprobables dentro de su territorio, tales como propiedades inmuebles, participación en empresas u otras inversiones u otras razones laborales o que ha recibido un estatus migratorio temporal o permanente por parte de las autoridades correspondientes del país.
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 emisión de la **póliza**.

S	SUMA ASEGURADA	Monto en dólares americanos asignada por **asegurado** y por **año póliza**, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República Dominicana como en el extranjero, por **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por **año póliza**, reducida por los pagos efectuados por los diferentes **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos que hayan ocurrido durante el mismo **año póliza**.
T	TABLA DE BENEFICIOS	Listado que forma parte de la **póliza** que incluye los **beneficios cubiertos** y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en la **Carátula de la Póliza**.
	TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA	Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) **enfermero(a)**, como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.
	TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)	Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el **tratamiento**.
	TERAPEUTA COMPLEMENTARIO	Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el **tratamiento**.
	TRASPLANTE	Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
	TRATAMIENTO	Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **lesión**, **enfermedad o dolencia** con el objeto de que el **asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.
	TRATAMIENTO AMBULATORIO	**Tratamiento** suministrado en el **hospital, clínica o sanatorio**, consultorio, u oficina del **médico o doctor**, en donde el **asegurado** no se quede durante la noche para recibir el **tratamiento**.
	TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición que se manifiesta por **signos o síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
	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**.