GLOBAL ELITE HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES
DE LA PÓLIZA

BUPA BOLIVIA

GLOBAL ELITE HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Texto aprobado mediante Resolución Administrativa No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934780-2016 05 024, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Código No. 201-934780-2016 05 024 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1603/201 de fecha 27 de diciembre de 2017, Código 201-934780-2016 05 024 2002.

ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES	
1.1	BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S. A. (denominada en los documentos de esta **póliza** simplemente como la "**Aseguradora**"), en consideración estricta de las declaraciones contenidas en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** presentado por el **solicitante** (denominado en los documentos de esta **póliza** simplemente como el "**Asegurado Titular**") y sus declaraciones individuales, las cuales se incorporan y forman parte integrante e indivisible del presente **contrato** con plenos efectos vinculantes, se obliga a reembolsar al **Asegurado Titular** los gastos médicos que sean incurridos por este último y/o sus **dependientes asegurados**, de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta **póliza**, cuya cobertura está sujeta al cumplimiento puntual y específico de las condiciones acordadas mediante esta **póliza**, incluyendo los montos **deducibles** aplicables, los beneficios con **límites máximos** y otros límites y exclusiones estipulados y aceptados por las partes en la **Tabla de Beneficios**. De esta manera, el **contrato** de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** se considera conformado por la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la **Carátula de la Póliza**, las Condiciones Generales de la **póliza**, las **Condiciones Particulares** y los **anexos** adheridos. Ninguna persona que no sea parte de este **contrato**, incluyendo a los **dependientes asegurados**, se encuentra legalmente habilitada para ejercer los derechos emergentes del presente **contrato** de seguro. Sin perjuicio de lo anterior, los **dependientes asegurados** podrán activar y proseguir el proceso de quejas establecido en el Artículo 16 del presente documento.
1.2	DISCREPANCIAS EN LA **PÓLIZA**: Si el **Asegurado Titular** considera que los términos y documentos de la presente **póliza** no concuerdan en alguna medida con lo convenido o con las propuestas negociadas, tendrá el derecho de pedir la rectificación o aclaración correspondiente de manera escrita, a cuyo efecto tendrá un plazo perentorio de quince (15) días calendario, computables desde la fecha de recepción de la **póliza**. Si durante dicho plazo el **Asegurado Titular** no notificara a la **Aseguradora** ninguna discrepancia, su derecho caducará y las estipulaciones de esta **póliza** se considerarán consideran como aceptadas y en su mérito, obligatorias para las partes. Por el contrario, si dentro de un plazo de quince (15) días calendario siguientes a la reclamación del **Asegurado Titular** la **Aseguradora** no denegara la rectificación o aclaración solicitada o mantuviera silencio omitiendo pronunciarse, se entenderá que los términos de la rectificación o aclaración requerida por el **Asegurado Titular** se encuentran aceptados.
1.3	MODIFICACIÓN DE CONDICIONES: Ningún **agente, intermediario o consultor** podrá acordar modificaciones o cambios al texto y documentos que conforman la **póliza** y tampoco podrá dejar sin efecto de manera unilateral ninguna de sus condiciones. Una vez emitida la póliza, todo cambio y/o modificación deberá contar con aprobación previa, expresa y por escrito de la **Aseguradora**.
1.4	AVISO IMPORTANTE SOBRE LA **SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES**: Esta **póliza** es emitida en base a la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y al pago de la prima. Cualquier error, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia incurrida en las declaraciones hechas por el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** otorga a la **Aseguradora** derecho de anular la **póliza** o demandar la nulidad de la póliza, según sea el caso, de conformidad con lo establecido en los Artículos 993, 994 y 999 del Código de Comercio.
1.5	IMPUGNACION: La reticencia o inexactitud en las declaraciones del **Asegurado Titular**, sin dolo, otorgan a la **Aseguradora** derecho a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta (30) días de conocidos tales hechos por ésta. De darse el caso, la **Aseguradora** quedará obligada a restituir las primas del periodo o periodos no corridos. Transcurrido el plazo antes señalado, la **Aseguradora** no podrá impugnar la presente póliza por las causales señaladas. Esta cláusula no podrá invocarse en los casos establecidos en el numeral 2.5.7.
1.6	CESIÓN: De conformidad con el Artículo 1011 del Código de Comercio, esta **póliza** no podrá ser cedida o transferida por el **Asegurado Titular** sin previo consentimiento expreso y escrito de la **Aseguradora**. La cesión de la **póliza** por parte del **Asegurado Titular** en ningún caso producirá efectos sin la previa aceptación de la **Aseguradora**, a menos que esta última guarde silencio por un plazo de quince (15) días calendario desde su notificación escrita.

ARTÍCULO 2: ADMINISTRACIÓN GENERAL

2.1 En este documento, y tal como se establece en el Artículo 18 "Definiciones", el término "**Aseguradora**" es utilizado para referirse a Bupa Insurance (Bolivia) S. A. y el término "**Asegurado Titular**" se emplea para referirse al **Asegurado Titular** cuyo nombre figura en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**.

2.2 Los términos señalados y definidos en el Artículo 18 "Definiciones", corresponden a los términos resaltados y utilizados en **negrilla** en el presente documento, en la **Tabla de Beneficios** y/o en las Exclusiones y Limitaciones.

2.3 VIGENCIA DE LA **PÓLIZA**: La cobertura otorgada bajo esta **póliza** comienza a las 00:01 horas, hora oficial del Estado Plurinacional de Bolivia (en adelante simplemente "Bolivia") en la **fecha efectiva de la póliza** y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Bolivia en la **fecha de vencimiento del pago**, de acuerdo con lo señalado en la **Carátula de la Póliza**.

La **póliza** tiene una vigencia de doce (12) meses calendario, la cual se renovará automáticamente por un período igual de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la **póliza** vigente en la **fecha de vencimiento del pago.** Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la **aseguradora** autorice otra modalidad de pago, que podrá ser semestral; por lo tanto, la vigencia de la **póliza** está relacionada al pago de la prima.

En caso de producirse la renovación de la **póliza**, se considerará que se ha formado un nuevo **contrato** bajo los mismos términos aplicables durante el **año póliza** anterior; sin embargo, la prima estará sujeta a ajuste si así correspondiera, siendo aplicable también cualquier enmienda o modificación que sea notificada al **Asegurado Titular** a tiempo de la **renovación**.

La **Aseguradora** se reserva el derecho de no emitir o renovar la **póliza** en caso que las operaciones u obligaciones de la **Aseguradora** y/o de sus compañías afiliadas se consideran prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la emisión o renovación de la **póliza** infringiera de cualquier manera las leyes aplicables a la **Aseguradora** o a cualquiera de las entidades afiliadas o relacionadas a la **Aseguradora**.

2.4 ENTREGA DE LA **PÓLIZA**: La **póliza** se considera entregada al ser recibida por el **Asegurado Titular** en el lugar indicado para recibir notificaciones, indistintamente que la misma sea entregada por la **Aseguradora**, el **agente, intermediario o consultor**. En caso que la **póliza** sea entregada al **agente, intermediario o consultor** para que éste la entregue al **Asegurado Titular**, la entrega de la misma se considerará realizada desde el momento en que la reciba el **agente, intermediario o consultor**.

2.5 ELEGIBILIDAD:

2.5.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: La presente **póliza** sólo puede ser emitida a favor de personas individuales que sean **residentes** permanentes de Bolivia, quienes necesariamente deberán contar con dieciocho (18) años de edad cumplidos (con excepción de los **dependientes** elegibles) y en atención de criterios técnicos no podrán tener una edad que supere los setenta y cuatro (74) años de edad. Para la renovación de esta **póliza** por parte de **Asegurados Titulares** que ya gozan de cobertura bajo esta **póliza** no se aplicará ninguna restricción o limitación a razón de edad máxima. Esta **póliza** no puede ser emitida ni otorga cobertura a personas que residen permanentemente en cualquier otro país distinto de Bolivia. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía, permanencia o residencia temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura, previo cumplimiento de determinadas condiciones acordadas y aceptadas por la **Aseguradora**, siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en Bolivia.

2.5.2 **DEPENDIENTES** ELEGIBLES: Los **dependientes** elegibles bajo esta **póliza** son aquellas personas individuales que se encuentran debidamente identificadas en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, quienes gozarán de la cobertura ofrecida de conformidad con los términos y condiciones de la presente **póliza**. Los **dependientes** elegibles incluyen al **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular**, así como a sus hijos biológicos, sus hijos adoptados legalmente, hijos de su cónyuge o **conviviente**, y menores de edad respecto de quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado tutor por una autoridad judicial competente.

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

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

(b) Ambos deben compartir la misma residencia principal y permanente.

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

(d) Ambos deben tener capacidad civil para contratar.

(e) Ambos deben ser financieramente interdependientes mediante la comprobación de cualesquiera de siguientes condiciones:

i. Ambos deben ser copropietarios de un inmueble en común, o

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

- Ser titulares de una cuenta mancomunada, sea corriente, de ahorros o de inversiones
- Ser deudores mancomunados de un crédito de alguna entidad del sistema financiero
- Ser parte de un contrato de arrendamiento de vivienda que identifique a ambos como arrendatarios
- Presentar un testamento y/o póliza de seguro de vida en la que se designe al otro **cónyuge** o **conviviente** como heredero o beneficiario principal

	2.5.4 TERMINACIÓN DE COBERTURA: La cobertura que brinda esta **póliza** se extenderá a favor de los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta antes que cumplan los diecinueve (19) años, siempre que sean solteros, o hasta antes de que cumplan los veinticuatro (24) años, siempre que sean solteros y además **estudiantes a tiempo completo** en una universidad debidamente registrada. El cumplimiento de estas condiciones se evaluará en el momento en que la **póliza** sea emitida o renovada. Por consiguiente, la cobertura a favor de los mencionados **dependientes** se mantendrá vigente únicamente hasta la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, la que ocurra primero, aún después de que cumplan los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de que cumplan los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros y **estudiantes a tiempo completo**. Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser un **estudiante a tiempo completo** luego de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o fija residencia permanente en otro país que no sea Bolivia, o si el (la) **cónyuge dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o cualquier otra, o el(la) **conviviente** deja de serlo, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o de la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, la que ocurra primero. 2.5.5 CONTINUIDAD DE COBERTURA: El **dependiente** que gozó de cobertura bajo una **póliza** anterior emitida por la **Aseguradora** y que sea elegible para optar por cobertura bajo una **póliza** propia en calidad de **Asegurado Titular**, será aprobado sin necesidad de una nueva evaluación de riesgo, pudiendo contratar una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo condiciones y restricciones idénticas a las existentes en la **póliza** que le otorgó cobertura con anterioridad. En este caso, la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** deberá ser presentada a la **Aseguradora** hasta antes de terminar el **período de gracia** de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. 2.5.6 El **Asegurado Titular** podrá solicitar la inclusión de su **cónyuge** o **conviviente** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en la **Carátula de la Póliza** que la **Aseguradora** entrega al **Asegurado Titular**. A este efecto, el **Asegurado Titular** deberá completar una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. 2.5.7 Constituirá causal de terminación anticipada de la presente **póliza**, sin responsabilidad para la **Aseguradora**, si el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el beneficiario, fueren condenados por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos o sustancias controladas, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio de Bolivia o de cualquier país del mundo, o bien son incluidos o figuran en las listas que emite la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Extranjeros) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrados en la comisión de delitos. En caso que el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el beneficiario obtengan sentencia absolutoria o sean retirados de las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y siempre que la **póliza** se encuentre dentro del periodo de vigencia, la **Aseguradora** procederá con la rehabilitación de la misma, por el periodo de vigencia restante de acuerdo con los derechos, obligaciones y antigüedad de la **póliza** que sea sujeta a rehabilitación.
2.6	MONEDA: Todos los valores monetarios mencionados en esta **póliza** están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US$). El tipo de cambio utilizado para pagos de primas y facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares de los Estados Unidos de América (US$), será calculado de acuerdo con el tipo de cambio oficial publicado diariamente por el Banco Central de Bolivia. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de efectuar los pagos o reembolsos que correspondan bajo esta **póliza** en la moneda en que se facture el servicio o **tratamiento**.
2.7	DOMICILIO: El domicilio de las partes se fija en Bolivia. Para mantener la eficacia de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** deberá, al momento de contratar este seguro y de forma posterior, residir de forma habitual y permanente dentro del territorio de Bolivia. En caso que el **Asegurado Titular** cambiara su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y, en su caso, contactar al **Asegurado Titular** con una aseguradora de Bupa autorizada para operar en otro país.
2.8	LEGISLACIÓN APLICABLE: La presente **póliza** se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora, y con cualquier otra normativa general vigente y aplicable a la materia en Bolivia.

ARTÍCULO 3: COBERTURA	
3.1	La **Aseguradora** únicamente cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios**.
3.2	DEDUCIBLE: La **póliza** establece la aplicación de un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, por cada **año póliza**, según el plan seleccionado por el **Asegurado Titular**. Los montos del **deducible** están especificados en la **Carátula de la Póliza**. Los **deducibles** anuales se aplican de forma separada e individual al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir los **deducibles** anuales correspondientes. Los **deducibles** se renuevan cada **año póliza**. En caso que el pago del **deducible** anual resulte aplicable, el **Asegurado Titular** será responsable por el pago del **deducible** correspondiente a cada **asegurado** cubierto bajo su **póliza**. Los pagos de **deducibles** se efectuarán directamente al proveedor hasta alcanzar el monto total del **deducible** anual aplicable. El **deducible** deberá cubrirse en su totalidad antes de que se active la responsabilidad de la **Aseguradora** en cuanto a la cobertura de los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite máximo de la suma asegurada. Todas las cantidades que sean pagadas por concepto de **deducible** se acumularán hasta alcanzar un total máximo por **póliza** equivalente a la suma de dos (2) **deducibles** individuales por **año póliza**. A este efecto, se considerará que todos los **asegurados** bajo la **póliza** contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los **deducibles** dentro y fuera del **país de residencia**. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al **deducible** por **póliza** han sido alcanzadas, la **Aseguradora** considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada **asegurado** por concepto de **deducible**. Los costos que excedan 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** reclame sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** deberá enviar a la **Aseguradora** su reclamación para que la **Aseguradora** tome conocimiento del momento en el cual el **asegurado** ha cubierto su **deducible** anual. Los gastos elegibles incurridos por el **asegurado** durante los últimos tres (3) meses del **año póliza** que sean utilizados para satisfacer el **deducible** correspondiente para ese **año póliza**, serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**. En caso de ocurrir un **accidente** cubierto por esta **póliza**, el **deducible** no será aplicable en los gastos que se incurran durante el **año póliza** durante el cual ocurrió el citado **accidente**.
3.3	Si por cualquier razón fuera necesario que la **Aseguradora** pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad que caería bajo el **deducible** anual, el **Asegurado Titular** se obliga a pagar y reembolsar esos pagos a la **Aseguradora**. Para este fin, el **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** a recuperar dicho pago aplicando automáticamente el acuerdo de pago mediante débito directo o con cargo a la tarjeta de crédito señalada en la solicitud o sus actualizaciones posteriores. En razón a que esta **póliza** está sujeta a un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, el **Asegurado Titular** deberá asegurarse de que la **Aseguradora** posea una autorización vigente para pagos mediante débito directo o con tarjeta de crédito que permitan a la **Aseguradora** proceder a recuperar pagos que hubiera realizado en nombre del **Asegurado Titular** y caigan bajo el monto del **deducible**. Para este efecto, el **Asegurado Titular** se obliga a mantener actualizada y vigente la información para pago mediante débito directo o con cargo a la tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite la **Aseguradora**. De lo contrario, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar ninguna reclamación hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier **deducible** pendiente, pudiendo incluso compensar los montos correspondientes.
3.4	PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: Algunos de los beneficios reconocidos bajo esta **póliza** se encuentran sujetos al cumplimiento de un requisito de pre-autorización. La pre-autorización permite a la **Aseguradora** confirmar la cobertura a favor del **asegurado** y, en su caso, autorizar los beneficios en la forma que corresponde. El **asegurado** deberá obtener la respectiva pre-autorización para acceder a cualquier beneficio cubierto cuando así se encuentre señalado en la **Tabla de Beneficios**. Asimismo, el **asegurado** deberá obtener una pre-autorización actualizada o revalidada si los servicios para el **beneficio cubierto** no son efectivamente recibidos dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de emisión de la pre-autorización original. El **asegurado** deberá notificar a la **Aseguradora** con una anticipación de al menos setenta y dos (72) hora, de forma previa a recibir cualquier atención médica. Por su parte, el **tratamiento de emergencia** deberá ser notificado a la **Aseguradora** dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio del **tratamiento** respectivo.
3.5	OBLIGACIÓN DEL **ASEGURADO**: Con carácter previo a cualquier pre-autorización y/o de forma anterior a pagar cualquier reclamación, la **Aseguradora** podrá solicitar al **asegurado** toda y cualquier información que considere relevante, incluyendo resúmenes clínicos y reportes médicos. De igual forma, la **Aseguradora** podrá requerir al **asegurado** que se practique exámenes médicos con el **médico** que sea libremente elegido por parte de la **Aseguradora** (a costo de la **Aseguradora**). El médico designado por la **Aseguradora** queda autorizado expresamente para proporcionar a esta última un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**. El **asegurado** se encuentra obligado a proporcionar a la **Aseguradora** todos los expedientes y reportes médicos y, en caso que así lo requiera la **Aseguradora**, se obliga a firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la **Aseguradora** tenga acceso y obtenga copias de dichos expedientes y reportes. De conformidad con el Artículo 1031 del Código de Comercio, la **Aseguradora** tendrá derecho a exigir al **asegurado** o al beneficiario, toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro, en la medida que los mismos contribuyan a establecer las circunstancias de su ocurrencia y sus consecuencias. Cualquier negativa a cooperar con la **Aseguradora**, o la negativa a autorizar el acceso de la **Aseguradora** a los expedientes y reportes médicos, podría constituir motivo suficiente para que la reclamación sea denegada.

3.6	PAGOS DISCRECIONALES: En determinadas ocasiones, la **Aseguradora** podría efectuar pagos por servicios médicos o beneficios que no gozan de cobertura bajo esta **póliza**. Los pagos realizados en esas circunstancias se denominan pagos discrecionales o "ex gratia". Cualquier pago ex gratia podrá ser realizado a sola y entera discreción de la **Aseguradora** y su importe no podrá sobrepasar la **suma asegurada** total correspondiente a esta **póliza**. El hecho de que la **Aseguradora** decida hacer un pago discrecional o "ex gratia" en cualquier momento no implica ni se interpretará como una modificación tácita del presente **contrato**; por lo tanto, bajo ninguna circunstancia se entenderá que en lo sucesivo la **Aseguradora** se encuentra obligada a hacer pagos idénticos o de naturaleza similar.
3.7	En caso de que la **Aseguradora** efectúe un pago por error, ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular**, por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta **póliza**, la **Aseguradora** tendrá derecho a deducir o compensar la cantidad que hubiera pagado indebidamente de cualquier pago de reclamaciones futuras o, alternativamente, tendrá el derecho de solicitar y proceder con el reembolso directo del **Asegurado Titular**.
3.8	CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta **póliza**, las **condiciones preexistentes** se clasifican en dos (2) categorías: (a) Aquéllas que son declaradas al momento de completar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: i. Las cuales se considerarán cubiertas después de un período de espera de sesenta (60) días calendario, siempre que el **asegurado** hubiera estado libre de **síntomas**, **signos**, o **tratamiento** durante un período de cinco (5) años previo a la **fecha de inicio de cobertura**, salvo que se indique específicamente que las mismas se encuentran excluidas en el documento de **Condiciones Particulares** que forma parte integrante de la presente **póliza**. ii. Las cuales se considerarán cubiertas después de un período de dos (2) años, computable a partir de la **fecha de inicio de cobertura**, en caso que el **asegurado** hubiera tenido alguna clase de **síntomas**, **signos**, o **tratamiento**, en cualquier momento dentro del período de cinco (5) años previo a la **fecha de inicio de cobertura**, excepto que las mismas se encuentren excluidas específicamente en el documento de **Condiciones Particulares**. (b) Aquéllas que no son declaradas al momento de completar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: Estas **condiciones preexistentes** se encuentran definitivamente excluidas de la cobertura de la **póliza** durante todo el tiempo en que la misma se encuentre vigente. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de rescindir o modificar las condiciones de la **póliza** en caso de llegar a conocer la reticencia en cuanto a la revelación de dicha información por parte del **asegurado**.
3.9	PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones y derechos relacionados o derivados de la presente **póliza** prescribirán en un plazo de cinco (5) años, computable a partir de la fecha de ocurrencia del evento que les dio origen, conforme lo establecido en el Artículo 1507 del Código Civil.
ARTÍCULO 4: PRIMAS	
4.1	PAGO DE LA PRIMA: Todas las **pólizas** se consideran como **pólizas** anuales. El **Asegurado Titular** es responsable del pago oportuno y puntual de la **prima**. El pago de la **prima** deberá hacerse efectivo en la **fecha de aniversario de la póliza** o en cualquier otra **fecha de vencimiento del pago** que haya sido convenida o autorizada por parte de la **Aseguradora**. El **Asegurado Titular** se encuentra obligado y es responsable del pago de la prima sin necesidad de requerimiento previo por parte de la **Aseguradora**. En la eventualidad que el **Asegurado Titular** no hubiera recibido un aviso de pago de prima con una anticipación de treinta (30) días calendario a la **fecha de vencimiento del pago**, y siempre que no supiera o no pudiera establecer el importe del pago de la prima que le corresponde, el **Asegurado Titular** se obliga a comunicarse con su **agente, intermediario o consultor de seguros**, o directamente con la **Aseguradora** con la debida anticipación.
4.2	MODIFICACIÓN DEL MONTO DE LAS PRIMAS: En cada **fecha de vencimiento del** pago, la **Aseguradora** tendrá el derecho de modificar unilateralmente la generalidad de los montos de las primas previstos en esta **póliza**. Sin embargo, ningún **asegurado** será penalizado con el incremento del monto de la prima aplicable en base a su historial de **reclamaciones**.
4.3	PERÍODO DE GRACIA: En caso que la prima no sea efectivamente pagada en la **fecha de vencimiento del pago**, la **Aseguradora** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario, computable a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no fuera efectivamente pagada a la **Aseguradora** antes de la expiración del **período de gracia**, la presente **póliza** y todos los beneficios que otorga, se considerarán terminados indefectiblemente a partir de la fecha original del vencimiento de la prima. En este último supuesto, ningún beneficio será reconocido durante el **período de gracia**.

ARTÍCULO 5: RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

5.1 La **póliza** de seguro podrá ser rescindida por voluntad unilateral de cualquiera de las partes contratantes. Si la **Aseguradora** ejerciera la facultad rescisoria, deberá notificar su decisión por escrito al **Asegurado Titular** en su domicilio y con una antelación no menor a quince (15) días calendario. Por su parte, si fuera el **Asegurado Titular** quien ejerza la facultad rescisoria, la misma producirá efecto a partir del momento en que la misma sea notificada de manera escrita a la **Aseguradora**.

En caso que la rescisión se produjera por voluntad de la **Aseguradora**, ésta devolverá parte de la prima de seguro a prorrata por el tiempo no transcurrido, excepto que durante la vigencia del seguro objeto de rescisión, se hubiera pagado al **Asegurado Titular** siniestros por un valor igual o superior al ochenta y cinco por ciento (85%) del monto de la prima neta anual pactada, en cuyo caso la **Aseguradora** no estará obligada a efectuar ninguna devolución. En caso que la rescisión se produjera por voluntad del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** tendrá derecho a la prima por el tiempo transcurrido, aplicándose a este efecto la tabla de período corto para calcular el importe de prima pagada sujeto a devolución:

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

5.2 La **Aseguradora** se reserva el derecho de demandar la anulación, la nulidad, modificar o rescindir la **póliza** o el documento de **Condiciones Particulares** si llega a conocer que las declaraciones contenidas en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** son falsas, reticentes o inexactas, o que se ha cometido fraude, provocando que la **Aseguradora** hubiera aprobado la **póliza**, teniendo en cuenta que si hubiese conocido la información correcta o completa, la **Aseguradora** habría emitido la **Carátula de la Póliza** y las **Condiciones Particulares** de modo diferente, con cobertura restringida o aplicando una prima extra, o incluso habría declinado proporcionar la cobertura.

5.3 La **Aseguradora** tendrá el derecho de rescindir unilateralmente la **póliza** si las obligaciones u operaciones de la **Aseguradora** y/o las de sus compañías afiliadas son prohibidas por las leyes de Bolivia y las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si su cumplimiento o desarrollo infringe de cualquier manera las leyes aplicables a la **Aseguradora** o cualquiera de las entidades afiliadas o relacionadas a la **Aseguradora**.

5.4 La **póliza** también podrá quedar privada de sus efectos o no ser renovada en caso de concurrir cualquiera de las circunstancias señaladas a continuación:

(a) Falta de pago de la prima dentro del **período de gracia**, o

(b) A solicitud escrita del **Asegurado Titular** pidiendo la terminación de su cobertura, o

(c) A solicitud escrita del **Asegurado Titular** pidiendo la terminación de la cobertura de algún **dependiente**, o

(d) Notificación escrita de la **Aseguradora** en los casos previstos en el Código de Comercio de Bolivia, o

(e) Notificación escrita de la **Aseguradora** al tener conocimiento de declaraciones falsas e inexactas, o

(f) Según lo estipulado en el numeral 2.5.7.

5.5 En caso que el **Asegurado Titular** cambie su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y, en su caso, contactar al **Asegurado Titular** con alguna aseguradora Bupa en otro país. Cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** deberá ser notificado a la **Aseguradora**; caso contrario, se tendrá como válida y eficaz la última dirección que conste en el expediente de la **Aseguradora**, tal como se especifica en el numeral 10.3 de este documento.

5.6 El **Asegurado Titular** podrá ejercer la facultad de rescisión siempre que no hubiera presentado una reclamación válida o recibido algún beneficio bajo la **póliza** durante el **año póliza** en curso. Si el **Asegurado Titular** hubiera pedido la inclusión de un **dependiente** bajo la cobertura de su **póliza**, también podrá pedir su exclusión, siempre que no se hubiera presentado una reclamación válida para dicho **dependiente**, o dicho **dependiente** no hubiera recibido algún beneficio bajo esta **póliza**.

5.7 La **Aseguradora** no puede rescindir la cobertura de manera retroactiva. En cualquier caso, el **Asegurado Titular** será responsable por el pago de las primas hasta la fecha en que opere efectivamente la rescisión o terminación del **contrato**.

5.8	Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** llegara a fallecer, el hecho deberá ser notificado a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia. Asimismo, luego del fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier persona mayor de edad cubierta bajo la **póliza** como **dependiente** podrá pedir convertirse en **Asegurado Titular** a su propio nombre, incluyendo bajo la cobertura de la **póliza** a sus propios **dependientes**. En caso que el **Asegurado Titular** falleciera y ninguna persona mayor de edad cubierta bajo la póliza como **dependiente** solicitara convertirse en **Asegurado Titular**, la presente **póliza** se considerará terminada, y si no se hubiera presentado ninguna reclamación válida y no se hubieran recibido beneficios bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará la parte de la prima correspondiente según lo establecido en la tabla contenida en el numeral 5.1. Si un **dependiente** falleciera, su cobertura bajo esta **póliza** terminará, y si no se hubiera presentado ninguna reclamación válida para dicho **dependiente** o si dicho **dependiente** no hubiera recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** el importe proporcional que corresponda según lo establecido en la tabla contenida en el numeral 5.1.
ARTÍCULO 6: FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN	
6.1	PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El **Asegurado** deberá remitir prueba escrita de la reclamación que realiza, consistiendo dicha prueba en las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente completado y firmado. Es necesario utilizar un formulario de solicitud de reembolso para cada incidente y para cada una de las reclamaciones que se presenten. En caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, es necesario que se remitan los siguientes documentos para fines de revisión: informes policiales, copia de la póliza de seguro de automóvil (si existiera), informe médico del **tratamiento de emergencia** y resultado de las pruebas de toxicología. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la **póliza**; copias adicionales pueden obtenerse comunicándose con su **agente, intermediario o consultor** o con la **Aseguradora**, o también pueden ser descargados ingresando a la página web de la **Aseguradora**. Para hacer efectivos los pagos por reclamaciones de servicios o **tratamientos** médicos realizados fuera de Bolivia, las facturas originales detalladas, los expedientes médicos y el formulario de solicitud de reembolso deberán ser enviados a la **Aseguradora** dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del servicio o **tratamiento**. En caso que el **tratamiento** hubiera sido realizado en Bolivia, asegúrese de que las facturas pertinentes, una vez superado el importe del **deducible**, se emitan a nombre de Bupa Insurance (Bolivia) S.A., con NIT 158270027 y que las mismas sean presentadas físicamente a la **Aseguradora** a más tardar hasta el día ocho (8) del mes siguiente al mes de emisión de la factura; caso contrario, la **Aseguradora** podrá deducir el importe correspondiente al crédito fiscal del monto total de la factura. Una vez recibida la información, evidencia y complementaciones requeridas, la **Aseguradora** se pronunciará sobre el rechazo o aceptación de toda reclamación presentada en un plazo de treinta (30) días. La **Aseguradora** podrá pedir complementaciones a la información y evidencia recibidas por dos (2) veces consecutivas.
6.2	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**. Antes de aprobar un pago directo o reembolsar al **Asegurado** Titular, la **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la aceptación o rechazo de la cobertura. En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**, una vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de esta **póliza**, la **Aseguradora** pagará el reembolso de pagos pendientes al beneficiario o heredero declarado del **Asegurado Titular**, cuyo nombre estuviera consignado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** o que hubiera sido declarado heredero por la autoridad competente, al proveedor de servicios médicos, o a la persona que hubiera incurrido en los gastos, según sea el caso. Para que los beneficios sean exigibles bajo esta **póliza**, los hijos **dependientes** que hubieran cumplido diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de estudios de la universidad, como evidencia de que en el momento de emitirse o renovarse la **póliza**, los citados hijos **dependientes** eran **estudiantes a tiempo completo**, además de una declaración formal y escrita, firmada por el **Asegurado Titular** confirmando que dichos hijos **dependientes** son solteros.
6.3	La **Aseguradora** pagará directamente al proveedor por cualquier beneficio que goce de cobertura bajo esta **póliza** siempre que esto sea posible. Caso contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la solicitud de reembolso a la **Aseguradora**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento de respaldo relacionado con la cobertura de los beneficios respecto de los cuales el **asegurado** presenta la reclamación. Cuando la **Aseguradora** así lo requiera, el **asegurado** deberá presentar y entregar las facturas originales. La **Aseguradora** no estará obligada a devolver la documentación original que hubiera recibido del **asegurado**; sin embargo, a requerimiento de este último, la **Aseguradora** podrá enviar copias de los mismos. De conformidad con el Artículo 1028 del Código de Comercio, la **Aseguradora** no se encuentra obligada a pagar por ningún beneficio cubierto, si el formulario de solicitud de reembolso fuera recibido por la **Aseguradora** después de transcurrido un plazo de ciento ochenta (180) días calendario, computable a partir de la fecha del **tratamiento** o servicio, salvo que se justifique una razón válida de suficiente gravedad que hubiera impedido al **asegurado** presentar la documentación dentro del plazo indicado.

6.4	La **Aseguradora** efectuará los pagos que correspondan por medio de cheque o transferencia electrónica en bolivianos o en dólares americanos. Será responsabilidad del **Asegurado Titular** pagar cualquier cargo o concepto que no sea elegible para pago bajo la cobertura que brinda la presente **póliza**. Cuando el **Asegurado Titular** hubiera pagado al proveedor del servicio y presente una solicitud de reembolso válida, la **Aseguradora** procederá con el reembolso respectivo en favor del **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** únicamente procesará los pagos mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria del **asegurado** o por medio de un cheque pagadero al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** podrá pagar un reembolso a un **asegurado dependiente** solamente cuando el **asegurado dependiente** que recibió los servicios sea mayor de edad y la **Aseguradora** cuente con los datos de su cuenta bancaria. Si el banco cobrara al **asegurado** un cargo administrativo por la transferencia bancaria, la **Aseguradora** reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho cargo. Cualquier otro cargo bancario, tales como costos por cambio de moneda u otros similares, serán de exclusiva responsabilidad del **asegurado**, a menos que el **asegurado** hubiera tenido que pagar los mismos a raíz de un error atribuible a la **Aseguradora**.
6.5	La **Aseguradora** no proporcionará cobertura ni pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones y operaciones de la **Aseguradora** y/o las de sus compañías afiliadas estuvieran prohibidas por las leyes de Bolivia, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La **Aseguradora** podrá informar al **Asegurado Titular** cuando una situación de esta naturaleza se presente, salvo que dicha información se considere prohibida por la ley o cuando una notificación semejante pudiera comprometer las políticas de seguridad de la **Aseguradora**.
ARTÍCULO 7: REMBOLSO E INDEMNIZACIÓN	
7.1	La **Aseguradora** tendrá el derecho de pedir reembolsos del **asegurado** a cuyo favor hubiera pagado una reclamación, siempre que el **asegurado** hubiera recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. De igual manera, la **Aseguradora** tendrá el derecho de realizar actos de cobranza en nombre y representación del **asegurado**, asumiendo los gastos pertinentes, en contra de terceras personas que pudieran ser responsables indemnizar cualquier reclamación bajo esta **póliza**.
7.2	CONCURRENCIA DE COBERTURAS: Si el **asegurado** tuviera cobertura bajo una póliza distinta a esta **póliza**, de tal forma que pudiera tener acceso a beneficios que también se encuentran cubiertos bajo esta **póliza**, dichos beneficios serán coordinados y aplicados de forma concurrente. En caso de existir otros seguros de salud que beneficien al **asegurado**, incluyendo programas auspiciados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado a tiempo de completarse la primera **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** de la **Aseguradora**. En estos supuestos, a tiempo de presentarse una reclamación, se deberá presentar también la documentación presentada y emitida por el otro seguro de salud, como así también copia de las facturas y la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. El monto total de los beneficios pagaderos bajo esta **póliza** y cualquier otra póliza de seguros será cubierto de forma concurrente por dichas pólizas. Las cantidades que fueran pagadas bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta **póliza** serán consideradas y computadas como parte del **deducible** del **asegurado**. La **Aseguradora** procederá a establecer una forma de coordinación de beneficios por la cual los montos cubiertos por la otra aseguradora serán aplicados al **deducible** de acuerdo a los beneficios y limitaciones previstos en esta **póliza**. El importe total de los pagos no podrá exceder los gastos incurridos. Fuera del **país de residencia**, la **Aseguradora** fungirá en calidad de aseguradora principal, y tendrá el derecho de recaudar los pagos y contribuciones de cualquier otra aseguradora. La **Aseguradora** solamente cubrirá la porción que corresponda del costo de cualquier beneficio siempre que el mismo se encuentre cubierto pago esta **póliza**. La documentación señalada a continuación será necesaria para establecer la forma de coordinación de los beneficios: (i) documento de Explicación de Beneficios emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) y (ii) copia de las facturas pagadas por la(s) otra(s) aseguradora(s) conteniendo información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.
ARTÍCULO 8: RENOVACIÓN	
8.1	Con anticipación de la **fecha de aniversario de la póliza**, la **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** si la presente **póliza** se encuentra sujeta y es susceptible de renovación para el siguiente **año póliza**. Cada **año póliza**, la **Aseguradora** podrá modificar la metodología para el cálculo de primas, determinación de las mismas y otras obligaciones de pago que debe cumplir el **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** también podrá modificar los beneficios cubiertos, y los límites de dichos beneficios, como así también los términos y condiciones de esta **póliza**, previa aprobación de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS. Con una anticipación no menor a treinta (30) días hábiles a la **fecha de aniversario de la** póliza, la **Aseguradora** enviará al **Asegurado Titular** una notificación incluyendo detalles sobre la nueva prima aplicable, cualquier cambio en la **póliza** sujeta a renovación, y la razón de dichos cambios. Si el **asegurado Titular** decidiera no renovar su **póliza** en las condiciones que le fueran comunicadas, deberá contactar a la **Aseguradora** durante los treinta (30) días siguientes a la **fecha de aniversario de la póliza**. A menos que el **Asegurado Titular** se comunique con la **Aseguradora** para expresar su voluntad de no proceder con la renovación de la **póliza**, la **Aseguradora** considerará que el **Asegurado Titular** se encuentra de acuerdo con los cambios y modificaciones y, en ese entendimiento, continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el **Asegurado Titular** hubiera proporcionado a la **Aseguradora**.

8.2	Sin perjuicio de las disposiciones contractuales aplicables, la **Aseguradora** no podrá negar la renovación de la **póliza** aduciendo motivos de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hubieran sido pagadas oportunamente respetando los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** notifique de manera expresa su voluntad de no renovar la **póliza** cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la **fecha de vencimiento del pago**. La renovación se realizará en condiciones congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS. La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan a menos que el **Asegurado Titular** realice alguna petición de cambio de dicho concepto. La **póliza** se renovará en términos y condiciones similares a los contenidos en el plan original. En caso de que el **Asegurado Titular** cambie el lugar de residencia principal y permanente, o varíe su ocupación, la renovación de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Aseguradora**.
8.3	En caso de que la **Aseguradora** decidiera renovar la presente **póliza**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que se establecieron en **Carátula de la Póliza**, a menos que existan pruebas suficientes que el riesgo ha sufrido agravaciones. Sin embargo, si el **Asegurado Titular** decidiera cambiar de plan de seguro, la **Aseguradora** tendrá el derecho de establecer nuevas restricciones o exclusiones personales.
ARTÍCULO 9: MODIFICACIONES A LA PÓLIZA	
9.1	Salvo lo expresamente estipulado en el presente numeral, solamente la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** tendrán autoridad para modificar los términos de la presente **póliza**. Ningún cambio será válido ni surtirá efectos legales a menos de que sea aceptado de forma escrita por la **Aseguradora**. Todas las modificaciones o **anexos** a esta póliza deberán ser autorizados y firmados por parte de un funcionario autorizado de la **Aseguradora**.
9.2	En caso de que el **Asegurado Titular** pidiera que se incorpore a un **dependiente** bajo la cobertura de su **póliza**, la **Aseguradora** evaluará el historial médico de dicha persona y decidirá sobre su inclusión como **dependiente** en la **póliza**, pudiendo también decidir si la agrega con restricciones o exclusiones especiales. En todo caso, la **Aseguradora** podrá decidir, a su entera discreción, si proporciona cobertura de ciertas condiciones pre-existentes del **dependiente**. La incorporación de un **dependiente** bajo la cobertura de la **póliza** obliga al **Asegurado Titular** a pagar una prima adicional. Los niños podrán ser incorporados sin que sea necesario proporcionar un historial médico o sin pagar prima (cumpliendo cualquier requerimiento aplicable), siempre que esto último se estipule de esa manera en la **Tabla de Beneficios**.
9.3	Al tratarse de una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá pedir la modificación de su **póliza** a tiempo de la respectiva renovación. Si el **Asegurado Titular** decidiera pedir la modificación de los términos y condiciones de su **póliza** a tiempo de la renovación, ningún período de espera indicado en la **Tabla de Beneficios** se reiniciará nuevamente.
9.4	La **Aseguradora** podrá incorporar modificaciones unilaterales a la **póliza** durante el **año póliza** solo y exclusivamente cuando tales modificaciones se originen en cambios legales o regulatorios, en cuyo caso los cambios se aplicarán a la generalidad de los **asegurados** que tienen el mismo producto de seguro, para mejorar la cobertura que reciben de la **Aseguradora**. Cuando se presente un caso de esta naturaleza, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.
9.5	La **Aseguradora** podrá dar por terminada esta **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura pudiera ser interpretado o constituyera una infracción de la **Aseguradora** y/o el **Asegurado Titular** bajo cualquier legislación, regulación o código boliviano, o a órdenes judiciales emitidas por las autoridades judiciales competentes de Bolivia.
9.6	De conformidad con lo previsto en el numeral 1.3 del presente documento, ningún **agente, intermediario o consultor** tendrá autoridad o facultad suficiente para introducir o acordar modificaciones o concesiones respecto de la **póliza**. Una vez que la **póliza** se encuentra emitida, ningún cambio será considerado como válido o eficaz salvo que medie acuerdo expreso entre el **Asegurado Titular** y la **Aseguradora**, expresado a través de un **anexo** o documento modificatorio referido a esta **póliza** el cual deberá ser firmado por ambas partes.
ARTÍCULO 10: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA	
10.1	El **Asegurado Titular** deberá informar inmediatamente por escrito a la **Aseguradora** sobre cualquier traslado o cambio de **país de residencia** o de nacionalidad de él o de alguno de sus **dependientes**. La citada notificación deberá efectuarse dentro de los primeros treinta (30) días calendario después de producirse el cambio, en cuyo caso la **Aseguradora** quedará facultada para proceder a incrementar la prima y/o incrementar el **deducible** anual, previo aviso al **Asegurado Titular**.
10.2	Esta **póliza** quedará resuelta automáticamente por imposibilidad sobreviniente y no producirá efectos legales si la ley del país al cual se traslade el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia** o **país de nacionalidad**, o cualquier otra ley aplicable a la **Aseguradora** o a esta **póliza** prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.
10.3	El **Asegurado Titular** asume la obligación de informar a la **Aseguradora** inmediatamente cualquier cambio de dirección o de cualquier otro dato de contacto. Hasta tanto no se comunique ningún cambio, la **Aseguradora** utilizará válidamente los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** hubiera proporcionado.

ARTÍCULO 11: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA	
11.1	La responsabilidad de la **Aseguradora** bajo esta **póliza** se traduce y se limita específicamente a proporcionar al **asegurado** y sus **dependientes asegurados** cobertura de seguro y, en algunas ocasiones, coordinar tratamientos en nombre del **asegurado**, relacionados con sus **beneficios cubiertos**. La **Aseguradora** no es responsable ni tiene por objeto proporcionar ninguna clase de **tratamientos** médicos.
11.2	El **Asegurado Titular** faculta y autoriza expresamente a la **Aseguradora** para que gestione, en su nombre y el de sus **dependientes asegurados**, citas médicas o coordine la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La **Aseguradora** desempeñará dichas funciones con el mayor cuidado posible, sin asumir ninguna otra responsabilidad adicional.
11.3	Si por cualquier razón el **Asegurado Titular** se encontrara temporalmente imposibilitado de impartir instrucciones a la **Aseguradora** con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), el **Asegurado Titular** autoriza expresamente a la **Aseguradora** para: ○ tomar decisiones que considere alineadas con el mejor interés del **asegurado** (solo y exclusivamente dentro de los límites y alcances de cobertura reconocidos bajo esta **póliza**); ○ proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información relevante sobre el **asegurado**, dentro de lo que considere apropiado bajo las circunstancias que se presenten; y/o ○ recibir instrucciones en cuanto a la forma de proceder de la persona que la **Aseguradora** considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el **médico** tratante, o el empleador).
11.4	En caso que la **Aseguradora** ejerza cualquiera de las funciones descritas en los numerales 11.2 y 11.3, podrá desplegar las mismas a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.
ARTÍCULO 12: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO	
12.1	Ni la **Aseguradora** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdidas, daños o enfermedades que pudiera sufrir el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** como consecuencia derivada de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte de algún proveedor de servicios médicos o de cualquier otra persona que preste dichos servicios. En caso de considerarlo pertinente, el **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.
12.2	Los derechos y acciones legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, en caso que decidiera presentar una solicitud de reconsideración de reclamaciones siguiendo el procedimiento estipulado en el Artículo 16 de este documento.
ARTÍCULO 13: RECLAMACIONES FRAUDULENTAS O FALSAS	
13.1	A los fines de aplicación del presente Artículo, cuando se haga referencia al **Asegurado Titular**, se considerará incluida también a cualquier otra persona que pudiera actuar en su nombre o representación. Asimismo, cuando se haga referencia a cualquier **dependiente**, se considerará incluida también a cualquier persona que pudiera actuar en su nombre o representación de dicho **dependiente**.
13.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán: ○ abstenerse de realizar cualquier declaración fraudulenta o falsa, o presentar una reclamación falsa bajo esta **póliza**; ○ abstenerse de enviar a la **Aseguradora** documentos que contengan declaraciones falsas o sean falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o ○ proporcionar a la **Aseguradora** toda la información y documentación que sea necesaria para verificar la procedencia o no de una reclamación determinada. El **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** se obligan a entregar toda la información y documentación pertinente a la **Aseguradora** aun cuando sepan que el hacerlo facultaría a la **Aseguradora** para denegar el pago de una reclamación bajo esta **póliza**.
13.3	En caso de incumplimiento de lo indicado en el numeral 13.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de: ○ negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o ○ recuperar cualquier pago que la **Aseguradora** hubiera efectuado con respecto a determinada reclamación. Adicionalmente, si el **Asegurado Titular** no cumpliera con lo estipulado en el numeral 13.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que su **póliza** ha quedado resuelta automáticamente por incumplimiento del numeral 13.2, sin que medie la obligación de reembolsar ninguna porción de la prima. Si el incumplimiento del numeral 13.2 fuera incurrido solamente por uno de los **dependientes**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que la cobertura del **dependiente** bajo esta **póliza** queda resuelta automáticamente por incumplimiento sin que la **Aseguradora** tenga la obligación de reembolsar ninguna porción de la prima pagada por ese **dependiente**. En ambos casos, la **Aseguradora** se reserva el derecho de iniciar las acciones legales que considere pertinentes con relación al incumplimiento del numeral 13.2 por parte del **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes asegurados**.
ARTÍCULO 14: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	
14.1	A los fines de aplicación del presente Artículo, cuando se haga referencia al **Asegurado Titular**, se considerará incluida también a cualquier persona que pudiera actuar en su nombre o representación. Asimismo, cuando se haga referencia a cualquier **dependiente**, se considerará incluida también a cualquier persona que pudiera actuar en nombre o representación de dicho **dependiente**.

14.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán actuar de buena fe y de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos, información y documentos que se proporcionen a la **Aseguradora** sean precisos, veraces y completos, tanto a tiempo de presentar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** como para cualquier renovación, extensión o modificación a esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá notificar a la **Aseguradora** sobre cualquier modificación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que comience la cobertura de la **póliza**. El **Asegurado Titular** (o cualquier persona actuando en su nombre o representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los **dependientes** que sea proporcionada a la **Aseguradora**.
14.3	La **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar las acciones detalladas en el numeral 14.4 en caso de que el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes**: ○ deliberadamente o por descuido proporcione información incorrecta, falsa, imprecisa o incompleta a la **Aseguradora**, y/o ○ no tome las precauciones necesarias para proporcionar información exacta, veraz y completa a la **Aseguradora** (por ejemplo, si el **asegurado** responde una pregunta de forma incorrecta, descuidada o incompleta) en circunstancias en las cuales, si la **Aseguradora** hubiese contado con la información correcta, hubiera decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta **póliza**.
14.4	En los casos en que resulte aplicable lo establecido en el numeral 14.3 anterior, la **Aseguradora** tendrá la facultad de proceder de la siguiente forma: ○ Si el incumplimiento de lo señalado en el numeral 14.3 fuera atribuible al **Asegurado Titular**, entonces la **Aseguradora** se reserva el derecho de anular o resolver automáticamente esta **póliza**, de tal forma que la **Aseguradora** considerará esta **póliza** sin validez ni efectos legales a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso; ○ Si el incumplimiento de lo previsto en el numeral 14.3 fuese imputable solamente a uno de los **dependientes**, entonces la **Aseguradora** se reserva el derecho de dar por resuelta de forma automática y considerar sin validez la **póliza** de manera parcial en lo que respecta a dicho **dependiente**. De esta manera, la **Aseguradora** considerará que dicho **dependiente** carece de cobertura válida bajo esta **póliza** a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la fecha de renovación de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso. En caso de presentarse cualquiera de los supuestos anteriormente descritos, la **Aseguradora** tendrá derecho a consolidar a su favor las primas correspondientes al período de seguro en curso, a título de indemnización por el incumplimiento; sin embargo, si la resolución automática operara antes de que hubiera comenzado la cobertura del seguro, el derecho de la **Aseguradora** se limitará al reembolso de los gastos efectuados.
14.5	Si el **Asegurado Titular** incumpliera su obligación de tomar las precauciones necesarias y actuar con la diligencia debida para asegurarse de proporcionar a la **Aseguradora** información exacta, veraz y completa, sin que resulte aplicable lo estipulado en el numeral 14.3, pero siempre que al conocer la información correcta la **Aseguradora** hubiera proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes, entonces: ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar la presente **póliza** como si la misma se encontrase sujeta a términos y condiciones diferentes aplicables a la situación y condiciones correctas (por ejemplo, con una prima diferente). En este caso, la **Aseguradora** tendrá la facultad de pagar una reclamación siempre y cuando la misma hubiese estado cubierta por una **póliza** bajo términos y condiciones diferentes que hubieran sido estipulados por la **Aseguradora**, y ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad indemnizable por una reclamación, si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta. En este caso, el monto de la reclamación podrá ser reducido proporcionalmente en base a la cantidad de prima que la **Aseguradora** hubiera cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** podría elegir pagar solamente la mitad de la reclamación en caso que la **Aseguradora** hubiera cobrado el doble de la prima.
14.6	En caso que solamente uno de los **dependientes** hubiera fallado en tomar las precauciones necesarias para asegurarse de proporcionar a la **Aseguradora** la información exacta, veraz y completa requerida, sin que resulte aplicable lo previsto en el numeral 14.3, pero siempre que la **Aseguradora** hubiese proporcionado cobertura para ese **dependiente** bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta, veraz y completa, entonces: ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar la presente **póliza** como si la misma se encontrase sujeta a términos y condiciones diferentes aplicables a la situación y condiciones correctas (por ejemplo, con una prima diferente). En este caso, la **Aseguradora** tendrá la facultad de pagar una reclamación siempre y cuando la misma hubiese estado cubierta por una **póliza** bajo términos y condiciones diferentes que hubieran sido estipulados por la **Aseguradora**, y ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad indemnizable por una reclamación correspondiente al **dependiente**, si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta. En este caso, el monto de la reclamación podrá ser reducido proporcionalmente, en base a la cantidad de prima que la **Aseguradora** hubiera cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** podría elegir pagar solamente la mitad de la reclamación en caso que la **Aseguradora** hubiera cobrado el doble de la prima.

ARTÍCULO 15: AVISO DE PRIVACIDAD	
15.1	La **Aseguradora** asume la confidencialidad aplicable a la información personal de sus **asegurados** de forma responsable. En algunas ocasiones, la **Aseguradora** utiliza los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que podría llevarse a cabo fuera de la jurisdicción de la **Aseguradora** y en países donde los estándares de protección no tienen el mismo nivel, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información. Si el **Asegurado Titular** fuera transferido a otro seguro ofertado por la **Aseguradora** u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la **Aseguradora** estará facultada para compartir con dichas compañías información médica, de reclamaciones e historial de la **póliza** del **Asegurado Titular**, aspecto que es autorizado expresamente por el **Asegurado Titular** en virtud de este documento. La **Aseguradora** podrá compartir información de los **dependientes** con el **Asegurado Titular**, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de **deducible** cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de los **beneficios cubiertos**. Tanto el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la **Aseguradora** procesa la información personal de los **asegurados**, en dichos documentos se autoriza la **Aseguradora** para procesar información personal del **Asegurado Titular** y de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Aseguradora** en el sitio web www.bupasalud.com.
15.2	En virtud de este documento, el **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** a reportar a la Central de Riesgos del Mercado de Seguros, toda y cualquier situación relevante, de conformidad con la normativa reglamentaria de la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros – APS.
ARTÍCULO 16: RECONSIDERACIÓN DE RECLAMACIONES	
16.1	En caso de surgir un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre una reclamación particular, el **asegurado** deberá solicitar una reconsideración del caso por parte del comité de apelaciones de la **Aseguradora** con carácter previo al inicio de cualquier consideración legal. A estos efectos, el **asegurado** deberá enviar una petición escrita al comité de apelaciones. Esta petición deberá incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de los motivos por los que la decisión debiera ser modificada. Dichas solicitudes de reconsideración deberán ser entregadas a la **Aseguradora**. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si requiere información y/o documentación adicional y en su caso realizará las diligencias necesarias para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones notificará al **asegurado** sobre su decisión y los fundamentos en que basa su decisión. Si el **asegurado** no estuviera de acuerdo con la resolución de la reconsideración, podrá proceder de conformidad con lo previsto en el numeral 16.2.
16.2	RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS Y CONCILIACIÓN: De forma previa al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción administrativa, el **asegurado** deberá agotar el proceso de reconsideración establecido en el numeral 16.1 del presente documento. En caso de que la controversia o disputa no sea resuelta conforme el mecanismo antes citado, el **asegurado** tendrá derecho a iniciar un proceso arbitral o acudir a la vía administrativa, según las estipulaciones fijadas a continuación: Toda y cualquier controversia o disputa que surja entre las partes, en relación directa o indirecta con la presente **póliza** de seguro, será resuelta definitivamente mediante arbitraje institucional en derecho, que será administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje Comercial de la Cámara de Industria, Comercio, Servicios y Turismo de Santa Cruz – CAINCO. El tribunal arbitral estará conformado por tres (3) árbitros. Cada una de las partes designará a un (1) árbitro y el tercer árbitro será elegido por los árbitros designados por las partes. En caso de desacuerdo sobre la designación del tercer árbitro, se aplicará el Reglamento de Arbitraje del Centro señalado precedentemente. El arbitraje se desarrollará en idioma castellano, teniendo como sede la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. La controversia será resuelta de acuerdo a la legislación sustantiva vigente en el Estado Plurinacional de Bolivia, la Ley No. 708, Ley de Conciliación y Arbitraje y el procedimiento aplicable será el previsto en el Reglamento de Arbitraje del Centro que administrará el arbitraje. El **asegurado** y la **Aseguradora** acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. Sin perjuicio de lo anterior, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá fungir como instancia de conciliación para todo siniestro cuya cuantía no supere el monto de Cien Mil 00/100 Unidades de Fomento de Vivienda (UFV100.000,00). Si por esta vía no existiera un acuerdo, la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS podrá conocer y resolver la controversia por resolución administrativa debidamente motivada.

ARTÍCULO 17: LEGISLACIÓN APLICABLE	
17.1	Esta **póliza** se encuentra sujeta y se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora y a cualquier otra normativa general vigente y aplicable a la materia en Bolivia.
17.2	Los documentos y materiales proporcionados por la **Aseguradora** en idiomas distintos al castellano, tendrán fines referenciales e informativos solamente. En todos los casos, prevalecerán frente a tales documentos y materiales informativos y referenciales, los términos contenidos en los documentos que conforman la **póliza**.
17.3	En todo cuanto no estuviera previsto en las Condiciones Generales y/o en las **Condiciones Particulares**, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales vigentes en Bolivia.

ARTÍCULO 18: DEFINICIONES		
A	ACCIDENTE	Daño o **lesión** corporal causado involuntariamente por un evento externo, violento, súbito y fortuito. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.
	ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS	Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
	AGENTE, INTERMEDIARIO O CONSULTOR	Los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.
	AMBULANCIA AÉREA	Transporte aéreo de emergencia desde el **hospital, clínica o sanatorio** donde el **asegurado** está internado, hasta el **hospital, clínica o sanatorio** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.
	AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte terrestre de emergencia del **asegurado** hacia un **hospital, clínica o sanatorio**.
	ANEXO	Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido a tiempo o con posterioridad a la **fecha de inicio de cobertura** y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales y/o las **Condiciones Particulares**. Lo estipulado en un anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales y las **Condiciones Particulares** en todo aquello que se contraponga.
	AÑO CALENDARIO	El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
	AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la **fecha efectiva de la póliza**, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
	ASEGURADO TITULAR	La persona **solicitante** nombrada en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
	ASEGURADO	La persona cuyos datos personales se encuentran incluidos expresamente en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, respecto de quien se ha pagado una prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la **Aseguradora**. El término "**asegurado**" incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.
	ASEGURADORA	Se refiere a Bupa Insurance (Bolivia) S.A., una sociedad anónima legalmente constituida y existente bajo las leyes del Estado Plurinacional de Bolivia, debidamente autorizada para el ejercicio de su actividad como empresa aseguradora por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS y que cuenta con autorización de funcionamiento como empresa de seguros según Resolución Administrativa/SPVS/IS/No. 883, de 14 de noviembre de 2008.
B	BENEFICIOS CUBIERTOS	**Tratamientos** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de la póliza.
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.
	COASEGURO	La porción de los gastos que el **asegurado** debe pagar además del **deducible** cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**.

C		
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta **póliza**, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.
	COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO	Cualquier desorden del **recién nacido** relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
	CONDICIÓN PREEXISTENTE	Son aquellas **enfermedades**, **dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos a la **fecha de inicio de cobertura**. Cuando la **Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas **enfermedades** o **dolencias** por las que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir tratamiento médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate. La **Aseguradora** podrá requerir al **solicitante** y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguna relativa al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticada en el citado examen médico.
	CONDICIONES PARTICULARES	Documento que la **Aseguradora** emite como parte de la **póliza** para aclarar o explicar la **póliza**, permitiendo su individualización.
	CONTRATANTE	La persona que firma la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima. El término comprende la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la **Carátula de la Póliza**, las Condiciones Generales, la **Tabla de Beneficios**, las Exclusiones y Limitaciones, las **Condiciones Particulares** y los **anexos**.
	CONTRATO	El presente contrato de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, bajo el cual la **Aseguradora** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.
	CONVIVIENTE	Las parejas del mismo o diferente sexo no casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la **Aseguradora**.
	CÓNYUGE	La persona con quien el **Asegurado Titular** ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio y bajo las leyes bolivianas.
	CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud o asistente de enfermería**.

C	CUIDADOS INTENSIVOS	Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee cuidados cardíacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee cuidados para los **recién nacidos**.
D	DEDUCIBLE	La cantidad anual de los **beneficios cubiertos** que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los **beneficios cubiertos** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Los gastos incurridos en el **país de residencia** están sujetos al deducible en el **país de residencia**. Los gastos incurridos fuera del **país de residencia** están sujetos al deducible fuera del **país de residencia**.
	DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y, nombrada en la **Carátula de la Póliza**.
	DONANTE	Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
E	EMERGENCIA	**Enfermedad o dolencia** que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
	ENFERMEDAD O DOLENCIA	Es la alteración en la salud del **asegurado** que ha sido diagnosticada por un **médico o doctor** habilitado por la autoridad competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
	ENFERMERO(A)	Profesional habilitado por la autoridad competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el **tratamiento**.
	ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de los esperados de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una **enfermedad epidémica** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
	EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un **médico**, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.
	ESPECIALISTA	Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un **médico o doctor** general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la **lesión enfermedad o dolencia** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

E	ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	Los hijos mayores de dieciocho (18) años de edad y menores de veinticuatro (24) debidamente inscritos en un colegio o universidad debidamente registrado en el momento en que la **póliza** es emitida o renovada y que dependen económicamente del **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el/la hijo/a **dependiente**, según sea el caso.
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un paciente.
F	FECHA DE ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA	El primer día del próximo **año póliza**.
	FECHA DE INICIO DE COBERTURA	La fecha en que el seguro entra en vigor para el **Asegurado Titular** y cada uno de los **dependientes**, la cual puede ser igual o diferente a la **fecha efectiva de la póliza**.
	FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO	La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la **póliza** si la prima no es pagada. Es la fecha en que concluye la cobertura de la **póliza**. Esta fecha puede coincidir con la **fecha de aniversario de la póliza** si el modo de pago es anual.
	FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA	La fecha en que la cobertura del **Asegurado Titular** entra en vigor.
	FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente autorizado para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.
H	HABITACIÓN PRIVADA	La habitación estándar de un **hospital, clínica o sanatorio** equipada para alojar a un solo paciente.
	HABITACIÓN SEMI-PRIVADA	La habitación estándar de un **hospital, clínica o sanatorio** equipada para alojar a más de un paciente.
	HIJASTRO	Niño nacido de o adoptado por el(la) **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular** y que no ha sido adoptado legalmente por el **Asegurado Titular**.
	HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
	HOSPITALIZACIÓN	Ingreso del **asegurado** a un **hospital, clínica o sanatorio** por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o dolencia** también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
L	LESIÓN	Daño causado al organismo por una causa externa.
	LÍMITE MÁXIMO	Se establece en la **Tabla de Beneficios** como la cantidad máxima acumulada por cada **año póliza** que el **asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado **accidente**, **tratamiento**, **lesión**, **enfermedad o dolencia**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**.

M	MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA	Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.
	MÉDICAMENTE NECESARIO	El **tratamiento**, servicio o suministro médico prescrito por el **médico** tratante y determinado por la **Aseguradora** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una **lesión**, **enfermedad o dolencia**. El **tratamiento**, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **asegurado**, la familia del **asegurado** o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico o **tratamiento** del **asegurado**; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.), o (e) que está relacionado con el **cuidado asistencial**.
	MEDICAMENTOS POR RECETA	Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la prescripción de un **médico**.
	MÉDICO O DOCTOR	Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el **tratamiento** y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas debidamente certificadas para la práctica de la odontología.
N	NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y autorizado para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.
O	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
P	PACIENTE AMBULATORIO	Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital, clínica o sanatorio** únicamente durante el día.
	PAÍS DE NACIONALIDAD	El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o el que se le haya informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.
	PAÍS DE RESIDENCIA	El país de origen o donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o el que se le haya informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.
	PERIODO DE ESPERA	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.

P	PÓLIZA	El **contrato** de seguro entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, incluyendo la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos** Mayores, la **Carátula de la** Póliza, las Condiciones Generales, la **Tabla de Beneficios**, las Exclusiones y Limitaciones, las **Condiciones Particulares** y los **anexos**.
	PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk).
	PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente autorizado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el **tratamiento**.
Q	QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.
R	RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
	RED DE PROVEEDORES	**Hospitales** y **médicos o doctores** con los que la **Aseguradora** tiene convenios para ciertos planes en los que el **asegurado** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida. (a) La red de proveedores está disponible en la **Aseguradora** o en su página web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso. (b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la red de proveedores, todo **tratamiento**, excepto **emergencias**, deberá ser coordinado por la **Aseguradora**. (c) En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada en el **país de residencia** del **asegurado**, no existirá restricción sobre los proveedores que el **asegurado** podrá utilizar en su **país de residencia**.
	REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)	**Tratamiento** o una combinación de varios **tratamientos** de terapias física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.
	RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado Titular** contrató la **póliza** de seguro.
	RESIDENTE	Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.
S	SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o dolencia** constatadas por el **médico o doctor** tratante.
	SÍNTOMA	Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
	SOLICITANTE	La persona que llena y suscribe la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura.
	SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES	Formulario que contiene la declaración del **solicitante** con respecto a su información y sus **dependientes**, usada por la **Aseguradora** para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores incluye cualquier declaración verbal hecha por el **solicitante** durante una entrevista médica realizada por la **Aseguradora**, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la **Aseguradora** antes de la aceptación e inicio de la cobertura.

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 Bolivia como en el extranjero, por **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por **año póliza**, reducida por los pagos efectuados por los diferentes **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos que hayan ocurrido durante el mismo **año póliza**.
T	TABLA DE BENEFICIOS	Listado que forma parte de la **póliza** que incluye los **beneficios cubiertos** y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en 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**.

El texto anterior fue consensuado con el **Asegurado Titular** y es responsabilidad de la **Aseguradora**, encontrándose debidamente registrado y autorizado por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, en cumplimiento de la normativa vigente en Bolivia, en virtud de la Resolución No. 722-2016 del 3 de junio de 2016, bajo el Registro No. 201-934780-2016 05 024, Anexo de Modificaciones a las Condiciones Generales de la Póliza aprobado mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1737/2016 de fecha 5 de diciembre de 2016, Código No. 201-934780-2016 05 024 2001, y Cláusula de Modificaciones al Condicionado General aprobada mediante Resolución Administrativa APS/DS/No. 1603/201 de fecha 27 de diciembre de 2017, Código 201-934780-2016 05 024 2002.