



GUÍA DE ACTUALIZACIONES

Bupa Panamá, S. A.

2026



Explicación de los beneficios, exclusiones y definiciones



Individual & Corporate





Hemos esclarecido en la cláusula “Residencia en el país” los escenarios en los que los asegurados pueden residir en Estados Unidos por más de 180 días.

RESIDENCIA EN EL PAÍS

Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que el país de residencia sea los Estados Unidos de América sin importar el tipo de visa emitida al Asegurado o su estado migratorio. Como excepción, asegurados con visa de trabajo, estudio u otra estadía temporal dentro de los Estados Unidos pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones como se establece en la Sección "EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTERIOR POR ESTUDIOS O TRABAJOS TEMPORALES", siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado permanezca fuera de los Estados Unidos o el Asegurado no reciba una tarjeta de residencia permanente ("Green Card").



Hemos incluido la cláusula “Extensión de Cobertura para Estudiar o Trabajar Temporalmente” para asegurados que residen en los Estados Unidos de América por más de 180 días.

EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA ESTUDIAR O TRABAJAR TEMPORALMENTE EN EL EXTRANJERO

Asegurados que por motivo de trabajo o estudios temporales deban permanecer en el extranjero por un periodo superior al estipulado en la Sección "RESIDENCIA EN LA PAÍS", podrán solicitar una extensión de la cobertura en el extranjero hasta la vigencia anual de la póliza, renovable por una anualidad adicional a discreción de la Aseguradora, siempre que la residencia permanente del Asegurado se mantenga en el PAÍS DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO. Esta extensión de cobertura y sus condiciones serán aprobadas a discreción de la Aseguradora.

No obstante, la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del Asegurado si mantiene presencia o residencia en un país distinto al declarado en la solicitud de seguro. Un cambio de país de residencia en este caso podría resultar en cambios en la cobertura, el deducible o la prima según la zona geográfica, sujeto a los procedimientos de la Aseguradora.

La extensión de la cobertura no aplicará si el Asegurado pierde su condición de estudiante o trabajador temporal y se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América o de cualquier otro país distinto DECLARADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, independientemente del tipo de visa emitida al Asegurado o de su estatus migratorio.





Hemos aclarado la exclusión “Exámenes de Rutina y Dispositivos para Ojos y Oídos” para indicar que los exámenes rutinarios de ojos y oídos están excluidos, excepto cuando sean realizados por un especialista durante consultas ambulatorias.

EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS

Exámenes de rutina de ojos y oídos (a excepción de aquellos exámenes que son realizados como parte del protocolo en las consultas ambulatorias) dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.



Hemos incorporado la definición de “Suscripción Médica” para explicar los requisitos básicos de elegibilidad dentro de la póliza.

SUSCRIPCIÓN MÉDICA

Proceso interno en que la Aseguradora evalúa el riesgo asociado a la salud del solicitante, a través de una solicitud de ingreso al seguro médico. Este proceso incluye la revisión de la información médica, historial de salud, perfil demográfico, el estilo de vida y otros factores que puedan estar relacionados con las necesidades médicas actuales y/o futuras de los miembros, siendo de manera enunciativa y no limitativa del siguiente análisis: limitación y/o exclusión de coberturas generales y/o particulares de la póliza, y/o rechazar la petición de la cobertura general del solicitante.

Hemos incluido los tratamientos en cuarto de urgencias por accidente o por enfermedad crítica-detallada dentro del territorio de Panamá.

TRATAMIENTO EN CUARTO DE URGENCIAS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD CRÍTICA DETALLADA

La Aseguradora cubrirá los gastos médicamente necesarios por tratamiento recibido en el cuarto de urgencias, cuando este sea consecuencia de un accidente o de una enfermedad crítica detallada, siempre que la atención se brinde dentro del territorio de Panamá. No aplica deducible.



Individual





PLANES DE DEDUCIBLES ANUALES de US\$5,000 y US\$30,000

Hemos incluido el plan de deducible de US\$5,000 al producto Global Health Plan Ultimate; y el plan de deducible de US\$30,000 a los productos Essential Care, Global Health Plan Select, Premier y Elite.



Hemos incorporado la definición de Cargo Administrativo y Recargo por Pago Fraccionado, para respaldar lo establecido por la Norma Internacional de Información Financiera 17 (NIIF 17), que reconoce ambos conceptos como parte de la prima neta.

CARGO ADMINISTRATIVO

Es un monto fijo que la aseguradora factura al asegurado para cubrir los gastos administrativos relacionados con la emisión de la póliza. Este cargo se aplica en el momento en que se factura la póliza y comienza su vigencia. En caso de que el asegurado decida cancelar la póliza de manera anticipada, este cargo no será reembolsable.

RECARGO POR PAGO FRACCIONADO:

Es el monto facturado según la frecuencia de pago seleccionada por el asegurado (mensual, trimestral, semestral o anual). La aseguradora aplica un cargo por el pago fraccionado de la prima. Este cargo se aplica desde el inicio de la cobertura y permanece durante todo el período de vigencia del contrato. El cargo por pago fraccionado corresponde a una tasa fija, independientemente de las fluctuaciones del mercado, y está diseñado para cubrir los costos administrativos y de gestión asociados con la cobranza fraccionada. En caso de que el asegurado decida cancelar la póliza de manera anticipada, este cargo no será reembolsable.



PRODUCTO ESSENTIAL

Hemos incluido la cobertura de Medicamentos Altamente Especializados, para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

Los medicamentos altamente especializados son medicamentos con mecanismos de acción especiales diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

Hemos eliminado el período de espera de 10 meses para la cobertura de "Exámenes de Salud General (Chequeo Médico Preventivo)".

Los asegurados nacidos en póliza y transferidos, cuenta con acceso inmediato a la cobertura de Examen de Salud General, fortaleciendo así el valor del beneficio.



Corporate





Hemos aumentado el límite para los Chequeos Médicos de Rutina por asegurado año póliza.

CHEQUEO MÉDICO DE RUTINA

De **US\$150** a **US\$300** para la Opción 1 de contratación.

De **US\$400** a **US\$600** para la Opción 2 de contratación.

Para la Opción 1 de contratación, hemos incorporado un coaseguro máximo de hasta US\$5,000 por asegurado año póliza y US\$10,000 por familia, aplicable a los servicios ambulatorios.

COASEGURO MÁXIMO

El asegurado es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares estadounidenses (US\$5.000) por año póliza y diez mil dólares estadounidenses (US\$10,000) por familia de gastos aprobados para servicios ambulatorios, después de satisfacer el deducible.



Hemos incluido los criterios de suscripción en la cláusula “Derecho de transferir a un plan individual”

DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL

En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas, una vez que los Asegurados a título individual dejen de formar parte de la póliza colectiva, podrán contratar un seguro individual disponible al momento de la conversión en el país de residencia indicados en la emisión de la póliza, si cumple con las siguientes condiciones:

- a. La póliza colectiva debe seguir estando activa a la fecha que el Asegurado Titular opte por la conversión.
- b. Los Dependientes del Titular de la póliza tienen derecho a conversión siempre y cuando lo hagan como parte de la póliza del Asegurado Titular. Los Dependientes no pueden tener una póliza de conversión sin que el Asegurado Titular esté asegurado.
- c. Aplica para Asegurados que han estado en la póliza Corporativa contratada con esta Aseguradora de manera continua por 24 meses o más.
- d. El plan individual a contratar debe ser de un deducible igual o mayor y beneficios igual o menor del que tenían con la póliza colectiva.
- e. El Asegurado titular deberá completar una Solicitud de Seguro de Salud Individual dentro de los treinta (30) días continuos posteriores a la fecha de terminación de su póliza colectiva.
- f. Todas las condiciones y/o exclusiones que hayan tenido en la cobertura grupal se mantendrán en la póliza individual que sea aprobada.

