

Plan Bupa Worldwide^(*)

Insured by / Asegurado por:



Treating and caring for you as an individual

Brindándole atención y servicio personalizado

(*) Formerly known as Plan Amedex Worldwide

Comienzo y terminación de la cobertura

La cobertura comienza a las 00:01 horas Estándar del Este (EE.UU.) en la fecha efectiva de la póliza y termina a las 24:00 horas Estándar del Este (EE.UU.):

- En la fecha de expiración de la póliza; o
- Por el no pago de la prima; o
- A pedido por escrito del Asegurado principal de terminar la cobertura; o
- A pedido por escrito del Asegurado principal de terminar la cobertura para algún dependiente; o
- Por notificación escrita del Asegurador como se establece en las condiciones de esta póliza.

Aviso requerido por el asegurador

EL ASEGURADO DEBE CONTACTAR A LA ADMINISTRADORA DE RECLAMOS DEL ASEGURADOR, USA MEDICAL SERVICES, POR LO MENOS SETENTA Y DOS (72) HORAS ANTES DE RECIBIR CUALQUIER CUIDADO MÉDICO. EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEBE SER NOTIFICADO DENTRO DE LAS CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SIGUIENTES AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

SI EL ASEGURADO NO ENTRA EN CONTACTO CON USA MEDICAL SERVICES COMO SE HA ESTABLECIDO PREVIAMENTE, EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, EN ADICIÓN AL DEDUCIBLE Y AL COASEGURO (SI ES APLICABLE).

USA Medical Services puede ser contactado las 24 horas del día, los 365 días del año a los siguientes números de teléfono:

En los EE.UU.:	(305) 275-1500
Sin cobro desde los EE.UU.:	1-800-726-1203
Fax:	(305) 275-8555
Correo electrónico a:	claims@usamedicalservices.com
Fuera de los EE.UU.:	EL NÚMERO DE TELÉFONO PUEDE SER ENCONTRADO EN SU TARJETA DE IDENTIDAD O EN WWW.BUPALATINAMERICA.COM

TABLA DE BENEFICIOS

(VEA LA SECCIÓN CORRESPONDIENTE DE LA PÓLIZA PARA DETALLES, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES).

EXCEPTO SI SE MENCIONA LO CONTRARIO, LOS ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA NO TIENEN EL REQUISITO DE OBTENER TRATAMIENTO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS.

LA COBERTURA MÁXIMA ES DE CINCO MILLONES DE DÓLARES (\$5,000,000) POR ASEGURADO, DE POR VIDA, POR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS Y DE HOSPITALES CUBIERTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SUJETA A LOS LÍMITES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

Cobertura	Beneficio Máximo	
	En la Red de Proveedores Preferidos	Fuera de la Red de Proveedores Preferidos
1. Habitación estándar de hospital privada o semiprivada y alimentación	Sin Límite	\$800 por día
2. Unidad de cuidados intensivos y alimentación	Sin Límite	\$2,000 por día
Los siguientes beneficios aplican a todos los Proveedores:		
3. Cuidados de maternidad (excepto los planes C Plus, D y E) (no se aplican deducible ni coaseguro)		\$4,000
4. Cobertura del recién nacido (no se aplican deducible ni coaseguro)		\$25,000
5. Condiciones congénitas y hereditarias: <ul style="list-style-type: none">• Manifestadas antes de la edad de 18 años (por Asegurado, de por vida)• Manifestados a la, o después de, la edad de 18 años (por Asegurado, de por vida)		\$250,000
		\$5,000,000
6. Trasplante de órganos (por Asegurado, de por vida)		\$500,000
7. Transporte por ambulancia aérea (por Asegurado, de por vida)		\$100,000

Cobertura	Beneficio Máximo
8. Transporte por ambulancia terrestre (por incidente)	\$1,000
9. Acompañante de menor hospitalizado (por hospitalización)	\$1,000
10. Repatriación de restos mortales	\$5,000

Deducible

- Un (1) deducible por Asegurado, por año póliza, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.
- Máximo dos (2) deducibles por póliza, por año póliza. Si un deducible en el país de residencia ha sido cubierto y además hay servicios médicos proporcionados fuera del país de residencia, la diferencia entre los deducibles en el país de residencia y fuera del país de residencia será responsabilidad del Asegurado.
- Cualquier gasto elegible en que incurra el Asegurado durante los tres (3) últimos meses del año póliza y que sea usado para satisfacer el deducible de ese año póliza, será transferido y aplicado al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza.

Coaseguro

- El Asegurado es responsable por el veinte por ciento (20%) de los primeros cinco mil dólares (\$5,000) de gastos aprobados después de satisfacer el deducible establecido (excepto los planes C Plus, D y E).
- Un (1) coaseguro por Asegurado, por año póliza.
- En el caso de un accidente que involucre a múltiples miembros de una familia asegurada bajo la misma póliza, se aplicará un máximo de dos (2) coaseguros para este incidente. Otros coaseguros para enfermedades o lesiones no relacionadas con el accidente pueden ser aplicados a los miembros de la familia a quienes no se les aplicó un coaseguro.
- Si se notifica a USA Medical Services como es requerido en la póliza, el coaseguro no será aplicado a los servicios médicos recibidos en el país de residencia.

Ni la aseguradora, ni USA Medical Services, ni ninguna de sus filiales o subsidiarias pertinentes relacionadas participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con USA Medical Services para obtener más información sobre esta restricción.

DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE:** Cualquier evento súbito e imprevisto producido por una causa externa del cual resulta una lesión.
2. **TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA:** Transportación aérea de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado hasta el hospital más cercano donde el tratamiento médico adecuado puede ser proporcionado.
3. **ENMIENDA:** Documento añadido a la póliza por el Asegurador que aclara, explica o modifica la póliza.
4. **HONORARIOS DE ANESTESISTAS:** Cargos de un anestesista por la administración de anestesia para la realización de un procedimiento quirúrgico o servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.
5. **FECHA DE ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.
6. **SOLICITANTE:** La persona que firmó la solicitud para cobertura.
7. **SOLICITUD:** Declaración escrita en un formulario por un propuesto Asegurado sobre sí mismo y sus dependientes, usada por el Asegurador para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados a o solicitados por el Asegurador antes de la emisión de la póliza.
8. **HONORARIOS DEL MÉDICO / CIRUJANO ASISTENTE:** Cargos del médico o médicos que asisten al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.
9. **AÑO CALENDARIO:** Del 1o. de enero al 31 de diciembre del mismo año.
10. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento de la póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura y enumera todas las personas cubiertas.
11. **CLASE:** Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducible, grupo de