



BUPA GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

Anexo de Cobertura para Procedimientos de Trasplante

Adherido a la Póliza No. _____ de Seguro de Gastos Médicos Mayores Bupa _____, emitida por Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (la "Aseguradora") a favor de _____ con vigencia _____.

Con base en las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro de Salud Individual y en la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante y al pago de la prima adicional, la Aseguradora emite este Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante para cubrir tratamientos relacionados con procedimientos de trasplante de órganos, células y/o tejidos humanos, según los siguientes términos:

Términos

- a. Este Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante ofrece un beneficio máximo de quinientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$500,000), por Asegurado, por diagnóstico, de por vida para procedimientos de trasplante de órganos, células y/o tejidos humanos. Si este Anexo es emitido al cambiar de póliza, la cantidad máxima total disponible será reducida por cualquier cantidad que ya haya sido pagada bajo un beneficio de trasplante ofrecido bajo cualquier póliza anterior con la Aseguradora.
- b. Aplica un período de espera de seis (6) meses a partir de la fecha efectiva de este Anexo, excepto cuando éste reemplaza la cobertura para procedimientos de trasplante ofrecida bajo una póliza anterior con la Aseguradora.
- c. Los beneficios bajo este Anexo comienzan una vez que la necesidad de cada Procedimiento de Trasplante ha sido determinada por un médico, certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, y aprobada por la Aseguradora. Estos beneficios están sujetos a los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de cobertura de la póliza a la cual se anexa este documento.
- d. La cobertura para el trasplante de órganos, células y/o tejidos humanos será proporcionada solamente dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Aseguradora. No se ofrece cobertura fuera de dicha red. La lista de hospitales en la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante está disponible en la Aseguradora y en el sitio web de la Aseguradora y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
- e. Para los propósitos de este Anexo, los Procedimientos de Trasplante son aquéllos durante los cuales un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea) y/o tejido es implantado de un donante a un receptor, o cuando un órgano, célula y/o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
- f. Este Anexo no limita de ninguna manera al Asegurado respecto al acceso o el uso de otros beneficios disponibles bajo su póliza. Para el caso de cobertura para Condiciones Congénitas y/o Hereditarias, si ambos beneficios corresponden, el beneficio de cobertura para tales condiciones dejará de estar disponible una vez que el beneficio para procedimientos de trasplante sea activado respecto al órgano, célula y/o o tejido para el cual se activó dicha cobertura. Cualquier cantidad remanente bajo el beneficio de cobertura para Condiciones Congénitas y/o Hereditarias podrá ser utilizada para otro tratamiento que no esté relacionado con el Procedimiento de Trasplante antes indicado. Los trasplantes de médula ósea derivados de un diagnóstico de cáncer serán cubiertos bajo el beneficio de cáncer de la póliza para la cual se emite este Anexo, si así se especifica en su Tabla de Beneficios.

Beneficios

Este beneficio incluye:

- a. Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
- b. Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- c. Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células y/o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del Donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de Donantes potenciales están incluidos en este beneficio.
- d. La Hospitalización, cirugías, honorarios de Médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- e. El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento Medicamento Necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- f. Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula y/o tejido humano trasplantado.
- g. Atención médica en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de Emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 268-2019 del 21 de febrero de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.