GLOBAL HEALTH PLANS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

BUPA GUATEMALA

PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GLOBAL HEALTH PLANS

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

No.	ARTÍCULO
ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES	
1.1	BUPA GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (de ahora en adelante denominada la "**Aseguradora**"), en consideración a las declaraciones contenidas en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** presentado por el **solicitante** (de ahora en adelante denominado el "**Asegurado Titular**") y sus declaraciones individuales, las cuales se incorporan al presente **contrato** para sus efectos vinculantes, se compromete a reembolsarle al **Asegurado Titular** los gastos médicos incurridos por éste último y/o sus **dependientes asegurados** de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta **póliza**. Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta **póliza**, incluyendo los montos **deducibles** aplicables, los beneficios con **límites máximos** y otros límites estipulados en la **Tabla de Beneficios**. El **contrato** de seguro celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** lo constituye la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, la **Carátula de la Póliza**, las Condiciones Generales de la **póliza**, el **Anexo de Condiciones Particulares**, y otros **anexos** que se agreguen al mismo. Ninguna otra persona, incluyendo a los **dependientes asegurados**, podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este **contrato** de seguro. Los **dependientes asegurados** pueden hacer uso del proceso de quejas establecido en el Artículo 17 de este documento. En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** procederá según lo establecido en el numeral 7.2 del presente documento.
1.2	ESTIPULACIÓN LEGAL: Por estipulación legal se cita el siguiente artículo el que por su importancia se solicita al **asegurado** su atenta lectura. Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: "En los contratos cuyo medio de prueba consista en una **póliza**, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince (15) días calendario que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince (15) días calendario siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último". Al presente **contrato** de seguro le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este **contrato** de seguro.
1.3	MODIFICACIÓN DE CONDICIONES: Ningún **intermediario de seguros** tiene la autoridad para modificar la **póliza** o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la **póliza** haya sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea autorizado por escrito por la **Aseguradora**.
1.4	AVISO IMPORTANTE SOBRE LA **SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES**: Esta **póliza** es emitida con base a la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y al pago de la prima. Cualquier equivocación, omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones hechas por el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** en los dos (2) primeros años de vigencia contados a partir de la **fecha efectiva de la póliza** puede resultar en que la **póliza** sea rescindida o cancelada de conformidad con lo que al respecto se establece en los Artículos 880, 881, 908 y 909 del Código de Comercio de Guatemala.

No.	ARTÍCULO
1.5	INDISPUTABILIDAD: La **póliza** será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos (2) años de vigencia contados a partir de la **fecha efectiva de la póliza**, conforme al Artículo 1010 del Código de Comercio de Guatemala: "Las omisiones o inexactas declaraciones del **solicitante** del seguro, diversas de las referentes a la edad del **asegurado** dan derecho al asegurador para dar por terminado el contrato; pero dicho derecho caduca, si la **póliza** ha estado en vigor, en vida del **asegurado**, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación", excepto como se estipula en el numeral 2.5.7.
1.6	CESIÓN: De conformidad con el Artículo 889 del Código de Comercio de Guatemala, esta **póliza** no podrá ser cedida o traspasada por el **Asegurado Titular** sin previo consentimiento expreso y escrito de la **Aseguradora**. La cesión de la **póliza** por parte del **Asegurado Titular** en ningún caso produce efecto sin la previa aceptación de la **Aseguradora**.
1.7	COBERTURAS Y EXCLUSIONES Y LIMITACIONES: Las coberturas y exclusiones y limitaciones de este plan de seguro figuran en la **Tabla de Beneficios** correspondiente.
1.8	AGRAVACIÓN DEL RIESGO: Para efectos de este **contrato**, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del **contrato** que aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento afecte a un determinado riesgo. El **asegurado** se encuentra obligado a dar aviso a la **Aseguradora** de cualquier agravación esencial del riesgo dentro del plazo de veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que tuviera conocimiento de dicha agravación del riesgo, por lo que en caso de que el **asegurado** no dé dicho aviso o que la agravación esencial sea causada por éste, el **asegurado** perderá el derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de este **contrato**, si dicha agravación resulta esencial.
ARTÍCULO 2: ADMINISTRACIÓN GENERAL	
2.1	En este documento, y tal como se describe en el Artículo 19 "Definiciones", el término "**Aseguradora**" se refiere a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima y el término "**Asegurado Titular**" se refiere al **Asegurado Titular** nombrado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**.
2.2	Los términos definidos en el Artículo 19 "Definiciones" corresponden a los términos destacados en **negrilla** en este documento, en la **Tabla de Beneficios** y/o en las Exclusiones y Limitaciones.
2.3	VIGENCIA DE LA **PÓLIZA**: La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de Guatemala en la **fecha efectiva de la póliza** consignada en la **Carátula de la Póliza**, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Guatemala en la **fecha de vencimiento del pago**. La **póliza** tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la **póliza** vigente en la **fecha de vencimiento del pago**. Si la **póliza** es renovada, se forma un nuevo **contrato** bajo los mismos términos que el **año póliza** anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al **Asegurado Titular** en el momento de la **renovación**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de no emitir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de Guatemala, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si emitir dicha **póliza** infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquier de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.
2.4	ENTREGA DE LA **PÓLIZA**: La **póliza** se considerará entregada al ser recibida por el **Asegurado Titular** en el lugar indicado para recibir notificaciones en la **Carátula de la Póliza**.

No.	ARTÍCULO	
2.5	ELEGIBILIDAD:	
	2.5.1	REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: Esta **póliza** sólo puede ser emitida a **residentes** de Guatemala con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los **dependientes** elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para **Asegurados Titulares** ya cubiertos bajo esta **póliza**. Esta **póliza** no puede ser emitida a personas que residen permanentemente en cualquier otro país que no sea Guatemala. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en la República de Guatemala. Sin perjuicio de lo anterior, la **Aseguradora** se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del **Asegurado Titular** en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto a Guatemala, y conllevará a la posible terminación de cobertura si el **Asegurado Titular** se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América. Si la edad real del **asegurado** estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la **Aseguradora** y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiere fijado una prima menor o mayor, la **suma asegurada** a pagarse será la que corresponda al importe que la **Aseguradora** hubiere **asegurado**, según sus tarifas vigentes al celebrarse el **contrato**, de acuerdo con la prima efectivamente pagada.
	2.5.2	**DEPENDIENTES** ELEGIBLES: Los **dependientes** elegibles bajo esta **póliza** son aquéllos que han sido identificados en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**. Los **dependientes** elegibles incluyen al **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular**, así como hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, y menores de edad para quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado representante legal por un juez competente.
	2.5.3	REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD: Para que el/la **conviviente** del **Asegurado Titular** sea un **dependiente** elegible, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos: (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado o ser conviviente de otra persona. (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente. (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad. (d) Los dos deben tener capacidad civil para contratar. (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente y proporcionar los documentos que comprueben una de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera: i. Ambos son propietarios de una residencia en común, o ii. Que cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos: ○ Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones ○ Un crédito donde ambos son deudores mancomunados ○ Un contrato de arrendamiento de residencia que identifique a ambos como arrendatarios ○ Una **póliza** de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

No.	ARTÍCULO	
2.5	2.5.4	AMPLIACIÓN Y TERMINACIÓN DE COBERTURA: La cobertura está disponible para los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario de la póliza** o la siguiente **fecha de vencimiento de pago**, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros. Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, o toma residencia permanente en otro país que no sea Guatemala, o si el (la) cónyuge **dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o anulación, o el(la) conviviente deja de serlo, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la siguiente fecha de aniversario de la **póliza** o de la siguiente **fecha de vencimiento de pago,** la que ocurra primero. Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.
	2.5.5	CONTINUIDAD DE COBERTURA: El **dependiente** que estuvo cubierto bajo una **póliza** anterior con la **Aseguradora** y que es elegible para cobertura bajo su propia **póliza**, será aprobado sin necesidad de una evaluación de riesgo para una **póliza** con un **deducible** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la **póliza** anterior. Su **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** debe ser recibida antes de terminar el **período de gracia** de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.
	2.5.6	El **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su **cónyuge** o **conviviente** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en la **Carátula de la Póliza** que la **Aseguradora** extiende al **Asegurado Titular**. Para solicitarlo, deberá llenar una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores.**
	2.5.7	Será causa de terminación anticipada de la **póliza**, sin responsabilidad para la **Aseguradora**, si el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el **dependiente**, fueren condenados por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien son mencionados en las listas que emite la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrado en la comisión de los delitos señalados. En caso que el **Asegurado Titular**, el **contratante** y/o el **dependiente** obtengan sentencia absolutoria o dejen de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la **póliza** se encuentre dentro del periodo de vigencia, la **Aseguradora** la rehabilitará, por el periodo de vigencia así como proporcionando los derechos, obligaciones y antigüedad de la **póliza** que se está rehabilitando.

No.	ARTÍCULO	
	2.5.8	RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para tener derecho a la cobertura establecida en los Términos y Condiciones de la póliza, el Asegurado (principal y dependientes) deberá ser residente y vivir de manera permanente en el país declarado en la Solicitud de Seguro. La Aseguradora considera país de residencia aquel declarado en la Solicitud de Seguro y que: i. el Asegurado (principal y dependientes) resida de manera física y/o permanente por ciento ochenta y tres (183) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos; ii. u otro lugar dispuesto de acuerdo con las condiciones particulares de la Póliza. Esta póliza no será emitida y/o renovada, no está disponible, ni provee cobertura a Asegurados que residen o residan en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos (sin importar el tipo de visa o estado migratorio del Asegurado (principal y/o dependientes), a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares de la póliza). Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora, a su discreción, se reserva el derecho de: terminar la cobertura, evaluar la elegibilidad, cancelar de manera anticipada, o no renovar la póliza, en caso de que cualquier Asegurado (principal o dependientes) resida de manera física o permanente (sin importar el tipo de visa o estatus migratorio) en otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.
2.6	MONEDA: Todos los valores monetarios mencionados en esta **póliza** están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US$). El tipo de cambio utilizado para pagos de primas y facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares de los Estados Unidos de América (US$), estarán calculados de acuerdo con el tipo de cambio publicado diariamente por el Banco de Guatemala. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de efectuar los pagos o reembolsos en la moneda en que se facturó el servicio o **tratamiento**.	
2.7	DOMICILIO: Se fija como domicilio de las partes la República de Guatemala. Para los efectos de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Guatemala. Si el **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y de poner en contacto al **Asegurado Titular** con una **asegurado**ra de Bupa en otro país. Según lo establecido en el Artículo 907 del Código de Comercio de Guatemala, no obstante el término de vigencia del **contrato**, tanto el **Asegurado Titular** como la **Aseguradora** podrán dar por terminado el **contrato** anticipadamente sin expresión de causa con quince (15) días de aviso previo dado a la contraparte.	
2.8	LEGISLACIÓN APLICABLE: Esta **póliza** se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora y le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia de la República de Guatemala.	
2.9	AVISOS Y NOTIFICACIONES: El **Asegurado Titular** deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro directamente a las oficinas centrales de la **Aseguradora** en la Ciudad de Guatemala, cuya dirección está señalada en la **Carátula de la Póliza**. La **Aseguradora** por su parte enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el **Asegurado Titular** señaló en la solicitud de la presente **póliza**.	
ARTÍCULO 3: COBERTURA		
3.1	La **Aseguradora** únicamente cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios**.	

No.	ARTÍCULO
3.2	La **póliza** contempla el pago de un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, por cada **año póliza**, según el plan seleccionado por el **Asegurado Titular**, los cuales están especificados en la **Carátula de la Póliza**. Los **deducibles** anuales aplican por separado al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir los **deducibles** anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada **año póliza** sin costo adicional de la prima. Si corresponde el pago del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** será responsable por el pago del **deducible** correspondiente a cada **asegurado** cubierto bajo su **póliza** directamente al proveedor hasta alcanzar el total del **deducible** anual correspondiente. Deberá cubrirse el **deducible** antes de que inicie la responsabilidad de la **Aseguradora** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada. Todas las cantidades correspondientes al pago de **deducibles** se acumulan hasta un total máximo por **póliza** equivalente a la suma de dos (2) **deducibles** individuales por **año póliza**. Todos los **asegurados** bajo la **póliza** contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los **deducibles** dentro y fuera del **país de residencia**. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al **deducible** por **póliza** han sido alcanzadas, la **Aseguradora** considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada **asegurado** por concepto de **deducible**. Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la **Tabla de Beneficios** no se tomarán en cuenta para el cálculo del **deducible** anual. Aun cuando la cantidad que el **Asegurado Titular** esté reclamando sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** debe enviar a la **Aseguradora** su reclamación para que la **Aseguradora** sepa cuándo el **asegurado** correspondiente ha cubierto su **deducible** anual. Los gastos elegibles incurridos por el **asegurado** durante los últimos tres (3) meses del **año póliza** que sean utilizados para acumular al **deducible** correspondiente para ese **año póliza**, serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del **año póliza**. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**, y posteriormente el **asegurado** presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del **año póliza**, el beneficio otorgado será revertido, y el **asegurado** será responsable del pago del **deducible** del siguiente **año póliza**. Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado. En caso de **accidente**, se eliminará el **deducible** en los gastos incurridos durante el **año póliza** en que ocurrió el **accidente**, cuando así se especifique en la **Carátula de la Póliza**. Si el **accidente** ocurrió dentro de los 3 (tres) últimos meses de su vigencia, el **deducible** se eliminará para la vigencia inmediata posterior solamente para los gastos derivados de la **dolencia** relacionada con el **accidente**. Es obligación del **asegurado** notificar el accidente a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del **deducible** si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.
3.3	Si se hiciera necesario por cualquier razón que la **Aseguradora** pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad sujeta a **deducible** anual, la **Aseguradora** procederá para obtener posteriormente dicho pago del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** autoriza a la **Aseguradora** para obtener dicho pago por medio del acuerdo de pago con débito directo o con tarjeta de crédito que haya sido proporcionado en la solicitud o que haya sido actualizado posteriormente. Ya que esta **póliza** está sujeta a un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, el **Asegurado Titular** deberá asegurarse de que la **Aseguradora** tenga una autorización actualizada para pago con débito directo o con tarjeta de crédito que permita a la **Aseguradora** proceder a obtener pago por cualquier **deducible** que haya cubierto en nombre del **Asegurado Titular**. El **Asegurado Titular** deberá actualizar la información para pago con débito directo o con tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite la **Aseguradora**. De lo contrario, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no pagar ninguna reclamación hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier **deducible** pendiente.

No.	ARTÍCULO
3.4	PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: Algunos de los beneficios bajo esta **póliza** están sujetos a un requisito de pre-autorización. La pre-autorización le permite a la **Aseguradora** confirmar la cobertura del **asegurado** y autorizar los beneficios como corresponde. El **asegurado** deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**. El **asegurado** deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el **beneficio cubierto** no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-autorización original. Se recomienda que el **asegurado** notifique a la **Aseguradora** por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Se recomienda notificar el **tratamiento de emergencia** dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**. En caso de **accidente**, es obligación del **asegurado** notificar a la **Aseguradora** en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la **Aseguradora** en caso de haberse notificado el **accidente** a tiempo. Además, en caso de **accidente**, no corresponderá la eliminación del deducible si el **asegurado** no notifica como se establece previamente.
3.5	OBLIGATORIEDAD DEL **ASEGURADO**: Antes de cualquier pre-autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la **Aseguradora** podrá solicitar al **asegurado** cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la **Aseguradora** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de la **Aseguradora** (bajo el costo de la **Aseguradora**), quien a su vez proporcionará a la **Aseguradora** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**. El **asegurado** debe proporcionar a la **Aseguradora** todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la **Aseguradora**, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la **Aseguradora** obtenga tales expedientes y reportes médicos. De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la **Aseguradora** tendrá derecho a exigir del **Asegurado** o del **dependiente**, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias. Si el **asegurado** o el **dependiente** no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio, la **Aseguradora** podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de aviso) del mismo Código. La **Aseguradora** quedará desligada de sus obligaciones de conformidad con el Artículo 915 (Extinción de responsabilidad) si: (a) se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias. (b) con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones. (c) con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.
3.6	En caso de que la **Aseguradora** efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular** por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta **póliza**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **Asegurado Titular**.

No.	ARTÍCULO
3.7	CONDICIONES PREEXISTENTES: Para efectos de esta **póliza**, las **condiciones preexistentes** se clasifican en dos (2) categorías: (a) Las que son declaradas al momento de llenar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: i. Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la **Aseguradora**. Las mismas se detallan en sus documentos de **póliza** al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y **póliza** contratada. (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**: Estas **condiciones preexistentes** NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la **póliza** se encuentre en vigor. Además, la **Aseguradora** se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la **póliza** en base a la omisión de dicha información por parte del **asegurado**.
3.8	PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que derivan de la presente **póliza** prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen. Si el **beneficiario** no tiene conocimiento de su derecho, éste prescribirá a los cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la **Aseguradora**.
3.9	PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS: La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros). Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del Asegurado, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnostico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el Asegurado no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza. En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, La Aseguradora podrá, a su entera discreción: i. solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado); ii. reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura; iii. reducir el monto pagado por error de la prima no devengada; iv. levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.
ARTÍCULO 4: PRIMAS	
4.1	PAGO DE LA PRIMA: Todas las **pólizas** son consideradas **pólizas** anuales. El **Asegurado Titular** es responsable del pago a tiempo de la **prima**. La **prima** es pagadera en la **fecha de aniversario de la póliza** o en cualquier otra **fecha de vencimiento del pago** que haya sido autorizada por la **Aseguradora**. El **Asegurado Titular** es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la **Aseguradora**. Si el **Asegurado Titular** no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días calendario antes de la **fecha de vencimiento del pago**, y no sabe el monto del pago de su prima, el **Asegurado Titular** deberá comunicarse con su **intermediario de seguros** o directamente con la **Aseguradora**.
4.2	CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La **Aseguradora** se reserva el derecho de cambiar en forma general las tarifas de esta **póliza** en cada **fecha de vencimiento del pago**. Ningún **asegurado** será penalizado con el incremento de la prima basado en su historial de **reclamaciones**.
4.3	PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la **fecha de vencimiento del pago**, la **Aseguradora** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la **Aseguradora** antes de que termine el **período de gracia**, esta **póliza** y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el **período de gracia**.

No.	ARTÍCULO
ARTÍCULO 5: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA	
5.1	De conformidad con el Artículo 908 del Código de Comercio de Guatemala, la **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la **póliza** o el **Anexo de Condiciones Particulares** si se descubre que las declaraciones en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** son inexactas o falsas u omiten información, provocando que la **Aseguradora** aprobara la **póliza** cuando si hubiese contado con la información correcta o completa, la **Aseguradora** habría emitido la **Carátula de la Póliza** y el **Anexo de Condiciones Particulares** con cobertura restringida o con extra-prima, o habría declinado proporcionar cobertura.
5.2	La **póliza** puede ser cancelada o no renovada por una de las siguientes circunstancias: (a) Por falta de pago de la prima, después del **período de gracia**, o (b) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** para terminar su cobertura, o (c) A solicitud por escrito del **Asegurado Titular** para terminar la cobertura para algún **dependiente**, o (d) Por notificación por escrito de la **Aseguradora** en los casos previstos en el Código de Comercio de Guatemala, o (e) Por notificación por escrito de la **Aseguradora** por declaraciones falsas o inexactas, o (f) Según lo estipulado en el numeral 2.5.7.
5.3	Si el **Asegurado Titular** cambia su **país de residencia**, la **Aseguradora** se reserva el derecho de no renovar la **póliza** y de poner en contacto al **Asegurado Titular** con una **asegurado**ra de Bupa en otro país. Cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** deberá notificarlo a la **Aseguradora**; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en el numeral 11.3 de este documento.
5.4	No obstante, el término de vigencia del **contrato**, la **Aseguradora** podrá dar por terminado el **contrato** anticipadamente sin expresión de causa con quince (15) días de aviso previo dado al **Asegurado Titular**.
5.5	La **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar o rescindir una **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de la República de Guatemala y las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la **Aseguradora** o cualquiera de las entidades relacionadas a la **Aseguradora**.
ARTÍCULO 6: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO TITULAR	
6.1	Según lo establecido en el Artículo 907 del Código de Comercio de Guatemala, no obstante, el término de vigencia del **contrato**, el **Asegurado Titular** podrá dar por terminado el **contrato** anticipadamente sin expresión de causa con quince (15) días de aviso previo dado a la **Aseguradora**, siempre y cuando el **Asegurado Titular** no haya presentado una reclamación válida o recibido ningún beneficio bajo esta **póliza** durante el **año póliza** en curso. Si el **Asegurado Titular** cancela la **póliza** durante este período de quince (15) días, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad de la prima no devengada para ese **año póliza**.
6.2	Si el **Asegurado Titular** ha agregado a un **dependiente** a su **póliza**, también podrá cancelar esa adición con previo aviso de quince (15) días. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho **dependiente**, o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad completa de la prima adicional que el **Asegurado Titular** haya pagado.
6.3	La **Aseguradora** no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El **Asegurado Titular** es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.

No.	ARTÍCULO
6.4	Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se le deberá notificar a la **Aseguradora** dentro de los treinta (30) días siguientes. Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Asegurado Titular** por su propio derecho, e incluir a sus propios **dependientes**. Si el **Asegurado Titular** falleciera y ningún adulto **dependiente** ha solicitado convertirse en **Asegurado Titular**, esta **póliza** será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida y no se han recibido beneficios bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará la parte de la prima no devengada correspondiente al período después de que terminó la cobertura. Si un **dependiente** fallece, su cobertura bajo esta **póliza** terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Aseguradora** reembolsará la parte de la prima no devengada correspondiente a dicho **dependiente** que el **Asegurado Titular** haya pagado para del período siguiente a la terminación de la cobertura.
ARTÍCULO 7: CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	
7.1	PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El **Asegurado** deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba en las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser entregados a la **Aseguradora** dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del **tratamiento** o servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, copia de la póliza de seguro de automóvil (si existe), informe médico del **tratamiento de emergencia** y resultado de las pruebas de toxicología. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la **póliza**; también pueden obtenerse comunicándose con su **intermediario de seguros** o con la **Aseguradora** en el lugar para recibir notificaciones de la **Carátula de la Póliza** o en la página web de la **Aseguradora**.
7.2	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**. La **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida antes de: (a) Aprobar un pago directo, o (b) Reembolsar al **Asegurado Titular**. En caso del fallecimiento del **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los **beneficiarios** indicados en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y/o al proveedor de servicios médicos y/o a la persona que haya incurrido con los gastos, según el caso. 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 a los diez (10) días calendario, de conformidad con el Artículo 34 de la Ley de la Actividad **Aseguradora**. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta **póliza**, los hijos **dependientes** que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** confirmando que dichos hijos **dependiente** son solteros. La **Aseguradora** no participará en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de Guatemala, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. Por favor comuníquese con la **Aseguradora** para obtener más información sobre esta restricción.

No.	ARTÍCULO
7.3	El objetivo de la **Aseguradora** es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible. De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor en forma directa y posteriormente presentar la reclamación a la **Aseguradora**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el **asegurado** está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la **Aseguradora**, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales. La **Aseguradora** no está obligada a pagar ningún beneficio cubierto si se da cualquiera de las condiciones establecidas en el Artículo 915 del Código de Comercio, o si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la **Aseguradora** después de del plazo de prescripción de dos (2) años previsto en la ley, a menos de que haya una razón válida y de peso por la cual no fue posible para el **asegurado** presentar la documentación antes. La **Aseguradora** no está en posibilidad de regresar documentación original al **asegurado**; sin embargo, la **Aseguradora** podrá enviarle copia de estoss.
7.4	Cuando el **Asegurado Titular** ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una reclamación válida, la **Aseguradora** procederá con el reembolso al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** podrá reembolsar a un **asegurado dependiente** solamente cuando el **asegurado dependiente** que ha recibido los servicios es mayor de edad y la **Aseguradora** cuenta con los datos de su cuenta bancaria. La **Aseguradora** solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del **asegurado** o por medio de un cheque pagadero al **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al **asegurado** un costo administrativo, la **Aseguradora** reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del **asegurado**, a menos de que el **asegurado** haya pagado debido a un error de la **Aseguradora**.
7.5	La **Aseguradora** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al **Asegurado Titular**. En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Aseguradora** pagará cualquier beneficio pendiente de pago al **beneficiario** o heredero legal del **Asegurado Titular** declarado por tribunal competente.
7.6	La **Aseguradora** solamente pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos. Cuando la **Aseguradora** convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la **Aseguradora** en su página web.
7.7	La **Aseguradora** no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes de Guatemala, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La **Aseguradora** generalmente informará al **Asegurado Titular** cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la **Aseguradora**.
ARTÍCULO 8: SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN	
8.1	La **Aseguradora** tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del **asegurado** a quien ha pagado una reclamación, cuando el **asegurado** haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la **Aseguradora** se reserva el derecho de proceder en nombre del **asegurado**, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta **póliza**, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta **póliza**.

No.	ARTÍCULO
8.2	Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los **beneficios cubiertos** de un **asegurado**, la **Aseguradora** podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho **asegurado**. El **asegurado** deberá proporcionar a la **Aseguradora** cualquier ayuda necesaria para que la **Aseguradora** pueda gestionar dicha reclamación; por ejemplo: ○ proporcionar documentos o declaraciones de testigos; ○ firmar documentos legales que sean necesarios (incluyendo mandatos), y ○ someterse a una evaluación médica. La **Aseguradora** podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado** antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la **póliza**. El **asegurado** se compromete a que no tomará ninguna acción, aceptará ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la **Aseguradora** para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado**.
8.3	COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: El **asegurado** no podrá recibir o beneficiarse de un doble pago por la misma factura o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o de gastos médicos. El **asegurado** queda obligado a informar a la **Aseguradora** la existencia de otras pólizas las cuales también provean beneficios similares a los cubiertos por esta **póliza**. Existiendo otras pólizas anteriores a la fecha efectiva de la presente **póliza**, que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada por el asegurado, la presente póliza no cubrirá el pago de dicha reclamación. Sin embargo, si la primera póliza o las que en orden de antigüedad le siguiesen, no cubriesen dicho valor o solo lo cubriesen parcialmente, la presente póliza responderá por la diferencia, sujeto a los límites de cobertura contemplados en la misma. La siguiente documentación será necesaria para coordinar beneficios: documento de Explicación de Beneficios que haya sido emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) y copia de las facturas pagadas por la(s) otra(s) aseguradora(s) que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.
ARTÍCULO 9: RENOVACIÓN	
9.1	La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** si esta **póliza** está disponible para renovación para el siguiente **año póliza** con anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**. Cada **año póliza**, la **Aseguradora** podrá cambiar la forma como calcula las primas, cómo determina las primas, lo que el **Asegurado Titular** debe pagar y el método de pago. La **Aseguradora** también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta **póliza**, previa aprobación de la Superintendencia de Bancos de Guatemala. La **Aseguradora** enviará al **Asegurado Titular** una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la **póliza** a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el **Asegurado Titular** decide no renovar su **póliza**, deberá contactar a la **Aseguradora** durante los treinta (30) días siguientes a la **fecha de aniversario de la póliza**. A menos que el **Asegurado Titular** se comunique con la **Aseguradora** para expresar su deseo de no renovar la **póliza**, la **Aseguradora** considerará que el **Asegurado Titular** ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el **Asegurado Titular** haya proporcionado a la **Aseguradora**.
9.2	Conforme a las disposiciones aplicables, la **Aseguradora** no podrá negar la renovación de la **póliza** por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** notifique de manera fehaciente su voluntad de no renovar la **póliza** cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la **fecha de vencimiento del pago**. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y considerando los posibles cambios en el monto de la prima. La **Aseguradora** informará al **Asegurado Titular** con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la **fecha de aniversario de la póliza**, los valores de la prima y el **deducible** correspondiente. En cada renovación se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan si el **Asegurado Titular** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original. En caso de que el **asegurado** cambie de residencia u ocupación, la renovación de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Aseguradora**.

No.	ARTÍCULO
9.3	En caso de que la **Aseguradora** decida renovar esta **póliza**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en **Carátula de la Póliza**, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado. Sin embargo, si el **Asegurado Titular** decide cambiar de plan de seguro, la **Aseguradora** se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.
ARTÍCULO 10: CAMBIOS A LA PÓLIZA	
10.1	Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular** podrán modificar esta **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la **Aseguradora**. Todas las modificaciones o **anexos** a esta **póliza** deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la **Aseguradora**.
10.2	Si el **Asegurado Titular** solicita agregar un **dependiente** a su **póliza**, la **Aseguradora** evaluará el historial médico de dicha persona. La **Aseguradora** podrá decidir no agregar a dicha persona como **dependiente** en la **póliza**, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones especiales. La **Aseguradora** podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del **dependiente**. El **Asegurado Titular** deberá pagar una prima adicional por dicho **dependiente**. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico o sin pagar prima (y de acuerdo con cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en la **Tabla de Beneficios**.
10.3	Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá modificar su **póliza** al momento de la renovación. Cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones: (a) Los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** (a excepción de los deducibles acumulados) no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el **período de espera** específico establecido en la **Tabla de Beneficios** de su Global Health Plan. (b) El **período de espera** para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén transcurriendo durante el cambio no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan. (c) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con **sumas aseguradas** de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior. (d) Los beneficios con **sumas aseguradas** de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan. (e) No obstante lo anterior, la **Aseguradora** podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el **Asegurado Titular** y/o **contratante** solicite cambio de plan, beneficios, **deducibles** o **suma asegurada**.
10.4	La **Aseguradora** podrá hacer modificaciones a la **póliza** durante el **año póliza** solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la **Aseguradora**. Cuando este sea el caso, la **Aseguradora** notificará al **Asegurado Titular** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.
10.5	La **Aseguradora** podrá dar por terminada esta **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la **Aseguradora** y/o el **Asegurado Titular** puedan infringir cualquier legislación, regulación o código guatemalteco, o a órdenes judiciales emitidas por los juzgados competentes en Guatemala.
10.6	Tal y como se establece en el numeral 1.3 del presente documento, ningún **intermediario de seguros** tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** y sea hecho constar por un **anexo** o razón a la **póliza**, firmado por ambas partes.

No.	ARTÍCULO
ARTÍCULO 11: CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA	
11.1	El **Asegurado Titular** deberá informar por escrito a la **Aseguradora** inmediatamente si él o alguno de sus **dependientes** se muda a otro país o si cambia su **país de residencia** o su nacionalidad especificados. Dicha notificación deberá hacerla dentro de los primeros treinta (30) días calendario después del cambio, en cuyo caso quedará a criterio de la **Aseguradora** y previo aviso al **Asegurado Titular**, proceder a incrementar la prima y/o incrementar el **deducible** anual.
11.2	Esta **póliza** terminará si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia** o **país de nacionalidad**, o cualquier otra ley aplicable a la **Aseguradora** o a esta **póliza** le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.
11.3	El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Aseguradora** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la **Aseguradora** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.
ARTÍCULO 12: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA	
12.1	La responsabilidad de la **Aseguradora** bajo esta **póliza** es proporcionar al **asegurado** y sus **dependientes asegurados** cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar **tratamientos** en nombre del **asegurado** relacionados con sus **beneficios cubiertos**. La **Aseguradora** no proporciona los **tratamientos** médicos.
12.2	El **Asegurado Titular** faculta a la **Aseguradora** para gestionar, en su nombre y el de sus **dependientes asegurados**, citas médicas o coordinar la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La **Aseguradora** desempeñará dichas funciones con el mayor cuidado posible.
12.3	Si por cualquier razón el **Asegurado Titular** no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la **Aseguradora** con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), el **Asegurado Titular** autoriza expresamente a la **Aseguradora** para: ○ tomar una decisión que considere que está en el mejor interés del **asegurado** (de acuerdo con su cobertura bajo esta **póliza**); ○ proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el **asegurado** que se considere apropiada bajo las circunstancias; y/o ○ recibir instrucciones de la persona que la **Aseguradora** considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el **médico** tratante, o el empleador).
12.4	Mientras la **Aseguradora** ejerza las funciones descritas en los numerales 12.2 y 12.3, podrá desempeñar las mismas a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.
ARTÍCULO 13: RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO	
13.1	Ni la **Aseguradora** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el **Asegurado Titular** o sus **dependientes asegurados** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios. El **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.
13.2	Los derechos legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, si éste decide presentar una queja como se estipula en el Artículo 17 de este documento.
ARTÍCULO 14: RECLAMACIONES FALSAS O INEXACTAS	
14.1	En este Artículo, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.

No.	ARTÍCULO
14.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán: ○ abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o falsa, o presentar una reclamación falsa bajo esta **póliza**; ○ abstenerse de enviar a la **Aseguradora** documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o ○ proporcionar a la **Aseguradora** toda la información que sea necesaria para verificar la procedencia o no de una reclamación. El **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** se obligan a entregar toda la información pertinente a la **Aseguradora** aun cuando sepan que el hacerlo facultará a la **Aseguradora** para denegar el pago de una reclamación bajo esta **póliza.**
14.3	En caso de no cumplimiento con lo indicado en el numeral 14.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de: ○ negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o ○ recuperar cualquier pago que la **Aseguradora** ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación. Adicionalmente, si el **Asegurado Titular** no cumple con lo estipulado en el numeral 14.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que su **póliza** ha sido cancelada por incumplimiento del numeral 14.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima. Si solamente uno de los **dependientes** infringe lo estipulado en el numeral 14.2, la **Aseguradora** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que la cobertura bajo esta **póliza** del **dependiente** en particular ha terminado por incumplimiento del numeral 14.2, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este **dependiente**. En ambos casos, la **Aseguradora** se reserva el derecho de iniciar cualquier actividad legal que considere pertinente con relación al incumplimiento del numeral 14.2 por parte del **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes asegurados**.
ARTÍCULO 15: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	
15.1	En este Artículo, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.
15.2	El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la **Aseguradora** sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** y para cualquier renovación, extensión o modificación a esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá notificar a la **Aseguradora** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la **póliza**. El **Asegurado Titular** (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el **tratamiento** de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a la **Aseguradora**.
15.3	La **Aseguradora** se reserva el derecho de ejercer sus derechos, definidos en el numeral 15.4 a continuación, si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes**: ○ deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la **Aseguradora**, y/o ○ no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la **Aseguradora** (por ejemplo, si el **asegurado** responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la **Aseguradora** habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta **póliza** para el **asegurado** si la **Aseguradora** hubiese contado con la información correcta.

No.	ARTÍCULO
15.4	En los casos donde aplique lo establecido en el numeral 15.3 anterior: ○ cuando el **Asegurado Titular** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 15.3, la **Aseguradora** se reserva el derecho de cancelar esta **póliza**. Esto significa que la **Aseguradora** considerará esta **póliza** sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso; ○ cuando solamente uno de los **dependientes** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 15.3, la **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la **póliza** que proporciona cobertura a dicho **dependiente**. Esto significa que la **Aseguradora** considerará a dicho **dependiente** sin cobertura válida bajo esta **póliza** a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la fecha de renovación de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso. En estos casos, la **Aseguradora** tendrá derecho, a título de indemnización, a las primas devengadas correspondientes al período transcurrido desde la **fecha efectiva de la póliza** y/o **fecha de aniversario de la póliza** hasta la fecha de cancelación; pero si da por terminado el seguro antes de la **fecha efectiva de la póliza** y/o **fecha de aniversario de la póliza**, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.
15.5	Cuando el **Asegurado Titular** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en el numeral 15.3, y la **Aseguradora** habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces: ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Aseguradora** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Aseguradora** hubiera estipulado, y ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basada en la cantidad de la prima que la **Aseguradora** hubiese cobrado.
15.6	Cuando solamente uno de los **dependientes** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Aseguradora** la información requerida, pero no aplica lo estipulado en el numeral 15.3, y la **Aseguradora** hubiese proporcionado cobertura para ese **dependiente** bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces: ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Aseguradora** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Aseguradora** hubiera estipulado, y ○ La **Aseguradora** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho **dependiente** si la **Aseguradora** hubiese cobrado una prima más alta para dicho **dependiente**. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la **Aseguradora** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Aseguradora** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Aseguradora** hubiese cobrado el doble de la prima.

No.	ARTÍCULO
ARTÍCULO 16: CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES	
16.1	La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de la Aseguradora y para todas sus afiliadas. La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus Asegurados muy seriamente. Con este fin, la **Aseguradora** cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo (en su caso) las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Toda actividad de tratamiento de sus datos personales de Asegurados por parte de la Aseguradora se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por estas Condiciones Generales, aparece publicado en nuestra página HYPERLINK "http://www.bupasalud.com.gt" www.bupasalud.com.gt. La **Aseguradora** puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales de Asegurados. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, incluso en países en donde es posible que no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos, los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales a cargo de ellos, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por conducto nuestro. Si el **Contratante** y/o el **Asegurado Titular/Principal** se transfiere a otro seguro de la Aseguradora a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras compañías afiliadas, entonces la Aseguradora compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza del **Contratante** y/o del **Asegurado Titular/Principal** y sus Dependientes. La **Aseguradora** podrá compartir la información de Dependientes asegurados con el Contratante y/o respectivo con el **Asegurado Titular/Principal** por medio del cual los Dependientes (actuales o propuestos) que hayan sido presentados a la Aseguradora para fines de incorporarlos bajo los beneficios de cobertura de la póliza de seguro. La información de Dependientes antes referida y que puede así ser compartida por la Aseguradora, incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos. El **Contratante** y los Asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la Aseguradora, en HYPERLINK "http://www.bupasalud.com.gt" www.bupasalud.com.gt.
ARTÍCULO 17: QUEJAS	
17.1	APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el **asegurado** y la **Aseguradora** sobre una reclamación, el **asegurado** deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de la **Aseguradora** antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el **asegurado** deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser entregadas a la **Aseguradora**. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones notificará al **asegurado** sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión. Si el **asegurado** no está de acuerdo con la resolución de la apelación, podrá actuar conforme lo indicado en el numeral 17.2.

No.	ARTÍCULO
17.2	ARBITRAJE Y ACCIÓN LEGAL: Previo al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción legal, el **asegurado** deberá agotar el proceso de apelación establecido en el numeral 17.1 de este documento. En el supuesto de que subsista el conflicto una vez se haya agotado el proceso antes relacionado, ambas partes convienen en que toda disputa, controversia o reclamo que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de esta **póliza**, por cualquier causa, deberá resolverse mediante Arbitraje de Derecho, de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG), que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG), en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de un Árbitro nombrado de conformidad con el Reglamento antes relacionado, y el idioma del Arbitraje será el español. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna por las partes. El **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. El **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** declinan cualquiera y todos los derechos de interponer una acción ante los tribunales del Organismo Judicial, excepto en los casos en que las decisiones tomadas por el tribunal de arbitraje sean ejecutadas por la vía judicial. El **Asegurado Titular** y la **Aseguradora** señalan sus respectivas direcciones descritas en la **Carátula de la Póliza** como lugar para recibir notificaciones, citaciones y comunicaciones.
ARTÍCULO 18: JURISDICCIÓN Y ACCIÓN LEGAL	
18.1	Esta **póliza** está sujeta, se regirá e interpretará de conformidad con las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala aplicables al contrato de seguro, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia en la República de Guatemala.
18.2	En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza** debido al lenguaje, la versión en español tendrá procedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.
18.3	En lo no previsto en las Condiciones Generales y/o en el **Anexo de Condiciones Particulares**, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

No.	ARTÍCULO	
ARTÍCULO 19: DEFINICIONES		
A	ACCIDENTE	Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. **Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia.** Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.
	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.
	ADULTO DEPENDIENTE	Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.
	AMBULANCIA AÉREA	Transporte aéreo de emergencia desde el **hospital, clínica o sanatorio** donde el **asegurado** está ingresado, hasta el **hospital, clínica o sanatorio** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.
	AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del **asegurado** hacia un **hospital, clínica o sanatorio**.
	ANEXO	Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido con posterioridad a la **fecha de inicio de cobertura** y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales y el **Anexo de Condiciones Particulares** en todo aquello que se contraponga.
	ANEXO DE CONDICIONES PARTICULARES	Documento que la **Aseguradora** agrega a la **póliza** para aclarar o explicar la **póliza**, permitiendo su individualización.
	AÑO CALENDARIO	El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
	AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la **fecha efectiva de la póliza**, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
	ASEGURADO TITULAR	La persona **solicitante** nombrada en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
	ASEGURADO	La persona para quien se ha completado una **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la **Aseguradora**. El término “asegurado” incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.
	ASEGURADORA	Se refiere a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, Sociedad Anónima.

B	BENEFICIARIO	La persona que recibe una prestación, goza de un beneficio o se beneficia de algo. Para los efectos de esta **póliza**, es la persona identificada por el **Asegurado Titular** en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o designada por un tribunal competente, para recibir beneficios relacionados con esta **póliza** en caso de fallecimiento del **Asegurado Titular**.
	BENEFICIOS CUBIERTOS	**Tratamientos** y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de la **póliza**.
C	COASEGURO	El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su Tabla de Beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.
	COASEGURO MAXIMO (Stop Loss)	El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.
	CARÁTULA DE LA PÓLIZA	Documento que forma parte de la **póliza**, que especifica la **fecha efectiva de la póliza**, la **fecha de inicio de cobertura**, los **deducibles** contratados, la **suma asegurada**, el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el **Asegurado Titular**, y que además enumera a todas las personas cubiertas por la **póliza** de seguro.
	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta **póliza**, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.
	COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO	Cualquier desorden del **recién nacido** relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
	CONDICIÓN PREEXISTENTE	Son aquellas **enfermedades**, **dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos a la **fecha de inicio de cobertura**. Cuando la **Aseguradora** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o dolencias por los que previamente a la celebración del contrato, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el **tratamiento** médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate. La **Aseguradora** podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

C		
	CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA)	La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad. Los beneficios ganados por antigüedad del **asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto los contemple. Si el producto anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la **Tabla de Beneficios**. El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.
	CONTRATANTE	La persona que firma la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.
	CONTRATO	El presente contrato celebrado entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, bajo el cual la **Aseguradora** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.
	CONVIVIENTE	Las parejas de diferente sexo no casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la **Aseguradora**.
	CÓNYUGE	La persona con quien el **Asegurado Titular** ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio y por las leyes guatemaltecas.
	COPAGO	El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica bajo su Tabla de Beneficios.
	CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud o asistente de enfermería**.
	CUIDADOS INTENSIVOS	Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee cuidados para los **recién nacidos**.
	CUIDADOS PALIATIVOS	Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para le manejo del dolor.

C	CRISIS DE ANSIEDAD (INCLUYE ATAQUES DE PÁNICO	La crisis de ansiedad o trastornos de ansiedad (se incluyen los ataques de pánico como forma extrema de esta condición) se pueden definir como la aparición brusca de un sentimiento de aprensión, inquietud, incertidumbre o miedo intenso por un período definido, breve o repetitivo acompañado de **síntomas** somáticos y/o cognitivos. Es un diagnóstico clínico tratado por un médico mediante fármacos y terapias.
	CRISIS PSICÓTICA	Son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Según los criterios establecidos por DSM-5(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) se caracterizan por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes(son falsas creencias, ejemplo, que alguien va en su contra), alucinaciones(son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe) lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y **síntomas** negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia).
D	DEDUCIBLE	El deducible individual es 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**. El deducible familiar es la cantidad máxima por **póliza** por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por **año póliza**.
	DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y, nombrada en la **Carátula de la Póliza**.
	DESEMBOLSO MAXIMO (OUT OF POCKET MAXIMUM)	El desembolso máximo es el monto máximo que el asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año poliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.
	DONANTE	Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
E	EMERGENCIA	**Enfermedad o dolencia** que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
	ENFERMEDAD O DOLENCIA	Condición anormal o alteración en la salud del **asegurado** que ha sido diagnosticada por un **médico o doctor** certificado por el órgano competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
	ENFERMERO(A)	Profesional certificado por el órgano competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el **tratamiento**.
	ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
	ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una **enfermedad epidémica** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

E	EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un médico, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.
	ESPECIALISTA	Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un **médico o doctor** general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el **tratamiento** sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **lesión enfermedad o dolencia** que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.
	ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por cuatro (4) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
	ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO	Los hijos mayores de los dieciocho (18) años de edad y menores de veinticuatro (24) debidamente inscritos en un colegio o universidad debidamente registrado en el momento en que la **póliza** es emitida o renovada y que dependen económicamente del **Asegurado Titular**. La **Aseguradora** se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el/la hijo/a **dependiente**, según sea el caso.
	EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA	Acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.
	EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un paciente.
	EXAMEN DE SALUD GENERAL (CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO)	El examen de salud general o chequeo médico preventivo es un examen integral, usualmente anual, y que consiste en la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios para detectar precozmente aquellas enfermedades prevenibles o controlables y reducir el riesgo asociadas a ellas.
F	FDA (Food and Drug Administration)	La agencia del gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la regulación de alimentos, suplementos alimenticios, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos cuyas normas y regulaciones son aplicables globalmente.
	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**.

F	FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO	La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la **póliza** si la prima no es pagada. Es la fecha en que concluye la cobertura de la **póliza**. Esta fecha puede coincidir con la **fecha de aniversario de la póliza** si el modo de pago es anual.
	FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA	La fecha en que la cobertura del **Asegurado Titular** entra en vigor.
	FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.
H	HABITACIÓN PRIVADA	La habitación estándar de un **hospital, clínica o sanatorio** equipada para alojar a un solo paciente.
	HABITACIÓN SEMI-PRIVADA	La habitación estándar de un **hospital, clínica o sanatorio** equipada para alojar a más de un paciente.
	HIJASTRO	Niño nacido de o adoptado por el(la) **cónyuge** o **conviviente** del **Asegurado Titular** y que no ha sido adoptado legalmente por el **Asegurado Titular**.
	HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
	HOSPITALIZACIÓN	Ingreso del **asegurado** a un **hospital, clínica o sanatorio** por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o dolencia** también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El **tratamiento** que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
G	GASTOS ELEGIBLES	Los honorarios y cargos por **tratamientos** cubiertos que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la **Tabla de Beneficios**, y los cuales son presentados para reembolso por el **Asegurado** de acuerdo a los términos y condiciones de la **cobertura** y sujetos a cualquier **deducible** o coaseguro correspondiente.
I	INTERMEDIARIO DE SEGUROS	Los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.
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 con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**.

M	MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA	Los **tratamientos** para el mantenimiento artificial de la vida reemplazan o apoyan las funciones de un cuerpo enfermo o herido. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el **tratamiento** para el mantenimiento artificial de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces, el cuerpo nunca recupera la habilidad de funcionar con el **tratamiento** para mantenimiento artificial de la vida. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de descontinuar el **tratamiento**, lo que produce la muerte.
	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	NOTIFICACIÓN	Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.
	NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.
O	OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
P	PACIENTE AMBULATORIO	Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital, clínica o sanatorio** únicamente durante el día.
	PAÍS DE NACIONALIDAD	El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores**, o el que se le haya informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.

P	PAÍS DE RESIDENCIA	El país en el que el **Asegurado Titular** ha manifestado en el formulario de **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** que mantiene su residencia fija, o en su defecto su país de origen, o el lugar que hubiese informado posteriormente a la **Aseguradora** por escrito.
	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO	La porción de los gastos que el **asegurado** debe pagar además del **deducible** cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**.
	PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO	El período de tiempo especificado para ciertas cobetruras durante el cual 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**. Los beneficios con período de espera especificos no se eliman o exoneran bajo ninguna circunstancia.
	PERÍODO DE GRACIA	El período de tiempo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la **fecha de vencimiento de pago** de la fracción de prima, durante el cual la **Aseguradora** permitirá que la **póliza** sea renovada. Si la prima no es recibida por la **Aseguradora** antes de que termine el período de gracia, esta **póliza** y todos sus beneficios se considerarán terminados en la **fecha de vencimiento de pago** original. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.
	PÓLIZA	El **contrato** de seguro entre la **Aseguradora** y el **Asegurado Titular**, incluyendo las Condiciones Generales y el **Anexo de Condiciones Particulares**, tal como está descrito en el numeral 1.1.
	PRÓTESIS CAPILAR (PELUCAS)	La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.
	PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk.)
	PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el **tratamiento**.
Q	QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.
R	RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
	RED DE PROVEEDORES	**Hospitales** y **médicos o doctores** con los que la **Aseguradora** tiene convenios para ciertos planes en los que el **asegurado** puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida. (a) La red de proveedores está disponible en la **Aseguradora** o en su página web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso. (b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la red de proveedores, todo **tratamiento**, excepto emergencias, deberá ser coordinado por la **Aseguradora**. (c) En los casos en los que la red de proveedores no esté especificada en el país de residencia del **asegurado**, no existirá restricción sobre los proveedores que el **asegurado** podrá utilizar en su país de residencia.

S	REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)	**Tratamiento** o una combinación de varios **tratamientos** de terapias física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.
	RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado Titular** contrató la **póliza** de seguro.
	RESIDENTE	Persona que reside en, o asiste habitualmente a, un país en el que mantiene intereses formales comprobables dentro de su territorio, tales como propiedades inmuebles, participación en empresas u otras razones laborales, o que ha recibido un estatus migratorio temporal o permanente por parte de las autoridades correspondientes del país.
	SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o dolencia** constatadas por el **médico o doctor** tratante.
	SÍNTOMA	Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
	SOLICITANTE	La persona que llena y suscribe la **Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores** para obtener cobertura.
	SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES	Formulario que contiene la declaración del **solicitante** con respecto a su información y sus **dependientes**, usada por la **Aseguradora** para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores incluye cualquier declaración verbal hecha por el **solicitante** durante una entrevista médica realizada por la **Aseguradora**, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la **Aseguradora** antes de la emisión de la **póliza**.
	SUMA ASEGURADA	Monto en dólares americanos asignada por **asegurado** y por **año póliza**, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República de Guatemala como en el extranjero, por **accidentes**, **lesiones**, **enfermedades o dolencias** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo con 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 persona a otra, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

T	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, restablezca o conserve su estado de salud.
	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 EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA	Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.
	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**.

Este texto es responsabilidad de la **Aseguradora** y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 539-2025 del 10 de abril de 2025, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.