



**Un respaldo mundial
a tu salud.**

Salud 
INTERNACIONAL
MAPFRE BHD

CONTENIDO

GUIA DEL ASEGURADO	03
CONDICIONES GENERALES	11
SECCION I: ACUERDO DE SEGURO	11
Artículo 1: Contrato Unico	11
Artículo 2: Definiciones	11
Artículo 3: Elegibilidad	20
Artículo 4: Coberturas	20
Artículo 5: Coberturas Adicionales	36
SECCION II:CONDICIONES GENERALES	41
Artículo 6: Condiciones Generales	41
SECCION III:CONDICIONES GENERALES	55
Artículo 7: Exclusiones Generales	55

GUIA DEL ASEGURADO

MAPFRE BHD Seguros le da la bienvenida a su Plan de seguro Salud Internacional MAPFRE BHD®, orientándole para que tenga una experiencia satisfactoria y esté informado (a) adecuadamente sobre los procedimientos que debe seguir para el mejor uso de su seguro.

Le sugerimos revise en detalle su póliza y lea el alcance de las coberturas, y nos contacte en caso de requerir una explicación sobre las mismas.

1. ¿Como Contactarnos?

1.1 Desde República Dominicana

Nuestra Central de Asistencia SI 24 (809) 549 7424 desde Santo Domingo, y 1 (809) 200 7424 desde el interior sin cargos, está a su disposición las 24 horas del día 365 días al año, a través de la cual usted puede:

- Recibir información sobre su póliza y coberturas
- Solicitar una Pre-Certificación de Servicios
- Conocer el estatus de una reclamación
- Recibir orientación sobre proveedores médicos
- Gestionar el pago de la prima de su seguro

Ante cualquier siniestro puede escribir a: **siniestrosvidasalud@mapfrehd.com.do**

Para enviarnos una correspondencia o solicitar el reembolso de una reclamación, remitirla a: Av. Abraham Lincoln No. 952, Ensanche Piantini, Santo Domingo, República Dominicana. Apartado Postal No 1366.

También puede visitar nuestra página web: **www.mapfrehd.com.do**

1.2 En el extranjero

MAPFRE LIFE Insurance Company

Teléfonos **1-888-262-7373 y 1-888-362-7373**

Correo electrónico **customer_first@mapfrepr.com**

2. ¿Como recibir los servicios?

2.1 Requisito de Pre-Certificación de Beneficios

Para recibir los beneficios bajo la presente póliza, es necesario que solicite una Certificación a MAPFRE BHD Seguros, ya sea por usted mismo o por alguien actuando en su nombre, con por lo menos siete (7) días laborables en caso de servicios que puedan ser programados con anticipación, y en caso de emergencia, dentro de setenta y dos (72) horas después de haber comenzado la condición que ameritó el tratamiento de la emergencia.

Esta solicitud de Pre-Certificación la puede hacer completando y enviando a MAPFRE BHD Seguros el formulario de solicitud de Pre- Certificación el cual requiere la siguiente información:

- El nombre del médico y /o clínica u hospital que ha elegido
- El tratamiento médico requerido
- Síntomas o la condición por la cual esta recibiendo tratamiento médico.

La Pre-Certificación es obligatoria para tener derecho en algunas coberturas, por lo que le sugerimos leer en detalle las Condiciones Generales de la póliza.

2.2 Servicios fuera de República Dominicana

2.2.1 Atenciones y Hospitalizaciones Programadas en el Extranjero

Si decide recibir atención médica en el extranjero, comuníquese con nosotros en los números indicados con por lo menos cinco (5) días laborales con anterioridad a la fecha en que recibirá la atención, para realizar las coordinaciones con nuestra red de clínicas y médicos. En el extranjero aplica el deducible y coaseguro.

Con esta coordinación usted obtendrá:

1. La Pre-Certificación de su atención, un servicio integral de inicio a fin.
2. Coordinación de los servicios con proveedores dentro de la red, lo que conlleva un menor porcentaje de coaseguro a su cargo. Ver tabla de beneficios.
3. Asesoría medica previo al viaje y hasta el final de su tratamiento en el extranjero.
4. Orientación sobre clínicas y centros de excelencia que brindan las condiciones más favorables para la atención de su patología.
5. Conocimiento de forma anticipada del costo promedio de la cirugía o atención médica que le será realizada, estimando el deducible y el coaseguro que quedaran bajo su responsabilidad.

2.2.2 Atenciones y Hospitalizaciones en Puerto Rico

Utilizar los servicios de nuestra Red de Proveedores en Puerto Rico tiene múltiples ventajas:

- Cobertura 100% sin deducible ni coaseguro en servicios de hospitalización.
- Los servicios ambulatorios solamente requieren un co-pago a cargo del asegurado.
- MAPFRE BHD reembolsa al asegurado el costo del ticket aéreo en clase económica, hasta un máximo de 3 viajes al año, hasta el límite monetario especificado en las Condiciones Particulares siempre que el asegurado requiera de los servicios bajo internamiento en Puerto Rico.
- Nuestra Red de Proveedores en Puerto Rico MAPFRE HEALTH dispone de Centros Médicos de Excelencia, con plantas físicas y tecnología avanzada.
- La medicina en Puerto Rico es practicada bajo los mismos estándares y regulación que EEUU, privilegiándose el asegurado de la cercanía y conveniencia del idioma.

2.2.3 Emergencias en el Extranjero

En caso de emergencias médicas o accidentales, preséntese en la clínica u hospital más cercano con su credencial y documento de identidad, y comuníquese con nosotros o una persona en su nombre, en los números indicados dentro de setenta y dos (72) horas después de haber comenzado la condición que ameritó el tratamiento de la emergencia, con la finalidad de coordinar los beneficios de su póliza.

2.3 Servicios en República Dominicana

Los servicios en República Dominicana se extienden a cubrir exclusivamente internamiento, cirugía ambulatoria, medicina preventiva y tratamiento de quimioterapia y radioterapia. La hospitalización en República Dominicana aplica 100% sin deducible ni coaseguro, sujeto a los costos usuales, razonables y acostumbrados del área donde se presten los servicios.

2.4 Servicio de Ambulancia Aérea Internacional

MAPFRE BHD Seguros le ofrece cobertura de ambulancia aérea internacional hacia la clínica u hospital más cercano y apropiado, dotada esta del equipo médico necesario para atender la enfermedad o condición de salud siempre que se considere como una urgencia médica. Esta cobertura esta sujeta a la aprobación por parte de MAPFRE BHD Seguros y funciona bajo el esquema de reembolso.

3. Red de Proveedores Médicos y de Servicios

3.1 En el Extranjero

3.1.1 En Puerto Rico

Nuestra Red de Servicios y Proveedores Médicos en Puerto Rico es MAPFRE HEALTH, una división de MAPFRE LIFE Insurance Company, la cual desde el año 1920 es la compañía de Seguros de mayor tiempo establecida en Puerto Rico.

Para consultar el listado de proveedores disponibles, visite la página web www.mapfrepr.com

3.1.2 En Estados Unidos

Nuestra Red de Servicios Médicos en Estados Unidos es **MULTIPLAN** quienes tienen a su disposición mas de 500,000 proveedores del cuidado de la salud, con aproximadamente 40 millones de clientes utilizando sus servicios, y cerca de 70 millones de reclamaciones procesadas cada año. MULTIPLAN es la elección correcta para el cuidado de su salud.

Para consultar el listado de proveedores disponibles, visite la página en la Web: **www.multiplan.com**

3.1.3 Mundial

Para servicios médicos fuera de República Dominicana, Estados Unidos y Puerto Rico, la cobertura de esta póliza funciona bajo el esquema de reembolso, sujeto a los gastos usuales, razonables y acostumbrados del área donde se recibieron los mismos, y sujeto a las condiciones de Pre-Certificación que amerite para cada beneficio.

3.1.4 Asistencia en Viajes en el extranjero

Usted cuenta con la cobertura de asistencia en viajes en el extranjero, a través de la red mundial de **MAFPRE ASISTENCIA**. Si usted requiere de una asistencia una vez iniciado el viaje, deberá comunicarse de inmediato por teléfono con el Centro de Atención Telefónica a los números indicados anteriormente. El costo de la llamada será a nuestro cargo. Solicite al operador del hotel o de la compañía telefónica una llamada por cobrar, si no es posible, le reembolsaremos el costo de la misma contra presentación del comprobante correspondiente.

3.1.4.1 Para solicitar asistencia en viajes desde el extranjero

Teléfonos del Servicio de Atención al Cliente 24 horas

Desde cualquier parte del mundo	1-809-735-3555 llamada a cobro revertido*
Desde Los E.U.A. y Canadá	1-800-547-0383
Desde Puerto Rico	1-866-288-3094
Desde el interior sin cargos	1-809-200-2407

*sujeta a reembolso.

3.2 En República Dominicana

3.2.1 Red Local de Centros Médicos

Si su condición de salud amerita hospitalización y usted decide hospitalizarse en República Dominicana, tiene a su disposición nuestra red de clínicas y centros afiliados a nivel nacional.

4. ¿Cómo se pagan los siniestros?

4.1 Procedimiento para solicitar un reembolso sobre gastos médicos

Si usted decide utilizar los servicios de un médico, clínica o centro médico que no pertenezca a nuestra red de proveedores, tiene la posibilidad de recibir el reembolso correspondiente, siempre que la cobertura incluya este beneficio.

Las reclamaciones con fines de reembolso deben ser enviadas a MAPFRE BHD Seguros dentro de un plazo de tres (3) meses contados desde la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros fueron adquiridos.

Para el reembolso de algún gasto médico cubierto, es necesario que se presente el formulario de la solicitud de reembolso debidamente completado, adjuntando a éste comprobantes de pago en original (facturas) a nombre del paciente que incluya el detalle de los servicios, indicaciones y recetas médicas.

Documentos relacionados con el tratamiento médico recibido, tales como resultados de pruebas de laboratorio y de diagnóstico; informe del médico tratante que indique origen de la dolencia y tiempo de enfermedad, fechas de las consultas y diagnóstico definitivo por el cual recibió atención; y cualquier otro documento que solicite **MAPFRE BHD Seguros** de acuerdo a su caso.

Si usted solicitase a **MAPFRE BHD Seguros** reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta sobre gastos médicos incurridos en Estados Unidos de Norteamérica, este deberá obtener de los proveedores de los servicios médicos los siguientes formularios:

- HCFA 1500 o CMS – 1500 (Health Insurance Claim Form) – Formulario que utilizan todos los proveedores en Estados Unidos de Norteamérica).
- UB-04 – (Hospital Claim Form) – Formulario que utilizan todos los hospitales en Estados Unidos de Norteamérica.
- O factura detallada que contenga las siguientes informaciones: nombre del paciente asegurado, fecha de nacimiento, nombre del proveedor, dirección, Tax ID, fecha en que se brindó el servicio, CPT Code (código de procedimiento), y ICD-9 (código de diagnóstico).
- En caso de accidente: facilitar a La Compañía una declaración detallando los datos relevantes con relación al accidente ocurrido y las circunstancias en que este se produjo.

El valor a reembolsar al asegurado principal se hará en base a los gastos usuales, razonables y acostumbrados del área en que se recibieron los servicios médicos, significando esto el valor que resulte menor entre la tarifa del proveedor y aplicando el deducible y coaseguro correspondiente.

5. Deducible

Nuestros Planes tienen diferentes opciones de deducible para que usted elija el que más se adecue a sus necesidades. Un deducible mayor hace que la prima anual de su seguro sea menor.

El deducible se aplica por año calendario y por persona asegurada. En los planes familiares, la cantidad máxima de deducibles es de dos (2) deducibles por familia por año póliza.

6. Pago de la Prima de Seguro

El contratante de la póliza es el responsable de pagar la prima al momento de emitir el seguro y de sus facturaciones y renovaciones sub-secuentes. **MAPFRE BHD Seguros** podrá enviar con 30 días de anticipación a cada fecha de facturación un “aviso de pago de prima”, sin embargo, es responsabilidad del contratante comunicarse con su intermediario o con La Compañía.

Usted puede pagar la prima de seguro con un cheque emitido a nombre de **MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A.**, en efectivo o con tarjeta de crédito. Si 24 pone a su disposición la facilidad de realizar sus pagos de prima a través de asistencia telefónica al 809-549-7424.

MAPFRE BHD Seguros se reserva el derecho de cambiar las primas en cada fecha de renovación de la póliza.

7. Rehabilitación de la Póliza

Usted puede rehabilitar su póliza dentro de un plazo de dos (2) meses después de cancelada la misma. El contratante de la póliza podrá solicitar por escrito a **MAPFRE BHD Seguros** la rehabilitación presentando nuevas evidencias de asegurabilidad, reservándose La Compañía el derecho de aceptar o declinar esta solicitud de rehabilitación.

8. Recomendaciones para el uso adecuado de su seguro

- Es importante llevar siempre con usted su carné de seguro.
- Lea detenidamente las Condiciones Particulares y Generales de su póliza. Si desea que le expliquen el alcance de las coberturas, consulte con su intermediario o visítenos en nuestras oficinas.
- Asegúrese de que el pago de la prima de su seguro esté al día.
- Acostumbre a Pre-Certificar el uso de los servicios, las ventajas de pre-certificar son muy importantes.
- Utilice nuestras redes de proveedores, tanto local como en el extranjero. Esto le representa un menor pago a su cargo por concepto de coaseguro, y que reciba las atenciones coordinadas y a tiempo.

- Consulte sobre las ventajas de utilizar nuestra red de proveedores en Puerto Rico, aproveche en internamiento una cobertura 100% sin deducible ni coaseguro, el beneficio de reembolso de ticket aéreo en caso de internamiento y el acceso a centros y servicios médicos altamente especializados.
- Cuando reciba un diagnóstico sobre la alteración de su salud y desee una segunda opinión médica, recuerde que usted cuenta con nuestro servicio de Segunda Opinión Médica -SOM-.
- Las cirugías electivas tienen un período de espera de cuatro (4) meses.
- La cobertura de embarazo tiene un período de espera de diez (10) meses.
- La compañía le entregará un carné en el idioma inglés, con el cual podrá hacer uso de las coberturas contratadas.

The unauthorized possession and/or fraudulent use of this card is punishable by Law. Eligibility is subject to the conditions outlined in the policy including payments of all premiums. This card does not guarantee benefits, please confirm coverage.

Pre-certification: 7 days prior to Hospitalization and/or ambulatory surgical procedures. Failure to pre-certify may result in reduction of benefits. Emergency: 48 hours

In Puerto Rico and overseas: For further information on your coverage, pre-certification for claims referrals contact MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY at: 888-262-7373/ 888-362-7373/ e-mail: customer_first@mapfrepr.com

Please send claims to P.O. Box 70297 San Juan Puerto Rico 00936-8297
PPO SERVICES PUERTO RICO ONLY* DEDUCTIBLES

G	S	SS	LX	ES	EA	ESLX	EALX	H/A
3	10	15	25%	50	00	00	00	50/100

In Dominican Republic: For further information on your coverage, pre-certification for claims referrals contact MAPFRE BHD SEGUROS at: 809-549-7424 / 1-809-200-7424 e-mail: siniestrosvidasalud@mapfrebhd.com.do Please send claims to Av Abraham Lincoln 952, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana.

For 24 hour international travel assistance please call at: 1-809-735-3555



La posesión no autorizada y/o uso fraudulento de esta tarjeta es castigable por ley. La elegibilidad es objeto de las condiciones descritas en la póliza, incluyendo los pagos de todas las primas. Esta tarjeta no garantiza beneficios. Por favor confirme sus coberturas.

Pre-certificación: 7 días previo a las hospitalización y/o procedimiento quirúrgico ambulatorio. La no pre-certificación puede resultar en reducción de los beneficios. Para emergencias 48 horas.

En puerto rico e internacional: Para mayor información de coberturas, pre-certificación Para reclamaciones por favor contacte a MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY al 888-262-7373/888-362-7373 / e-mail: customer_first@mapfrepr.com

Por favor envíe sus reclamaciones a P.O. BOX 70297 San Juan Puerto Rico 00936-8297, PPO para uso exclusivo en Puerto Rico deducibles

G	S	SS	LX	ES	EA	ESLX	EALX	H/A
3	10	15	25%	50	00	00	00	50/100

En República Dominicana: para mayor información de coberturas y pre-certificaciones de reclamaciones por favor comuníquese con MAPFRE BHD Seguros al 809-549-7424/ 1-809-200-7424 email, por favor envíe sus reclamaciones a Av Abraham Lincoln 952, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana.

Para asistencia de viajes las 24 horas comuníquese al 1-809-735-3555





CONDICIONES GENERALES

SECCION I: ACUERDO DE SEGURO

Artículo No.1: Contrato Único

La presente póliza de seguros está constituida por la Solicitud de Seguro, el Acuerdo de Seguro, las Condiciones Generales y Particulares, las Exclusiones Generales, así como por las Declaraciones y Endosos que se anexan a la misma. Estos documentos conforman un contrato único entre Las Partes.

De conformidad con lo expresado en el párrafo anterior, y de acuerdo con las informaciones ofrecidas en la solicitud por el contratante de la póliza y/o el asegurado, en consideración del pago de la prima y confiando en lo consignado en la solicitud que forma parte del presente contrato, sujeto a los límites de responsabilidad, exclusiones y otros términos de esta póliza, Las Partes formalizan el siguiente **ACUERDO DE SEGURO**.

Artículo No. 2: Definiciones

A los efectos de esta póliza se entiende por:

- 2.1 **Objeto del Seguro:** el objeto de este seguro es el aseguramiento del interés del contratante en cada una de las coberturas contratadas e indicadas en las Condiciones Particulares o mediante endoso.
- 2.2 **Asegurador:** la sociedad aseguradora MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A., la cual se obliga a la prestación de los servicios y coberturas correspondientes a cada una de las garantías que figuran incluidas en las Condiciones Particulares, con arreglo a los límites y condiciones establecidos en la póliza, quien en lo adelante se llamará La Compañía.
- 2.3 **Tomador del Seguroo Contratante:** la persona que suscribe una póliza y es responsable del pago de las primas.
- 2.4 **Asegurado:** la persona física o jurídica, titular del interés objeto de este seguro y que, en defecto del Contratante del seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato. Salvo mención expresa en las Condiciones Particulares, contratante de seguro y asegurado son una misma persona.
- 2.5 **Grupo Asegurable:** las personas que estén íntimamente unidas con el asegurado principal, o que estén unidas a éste por una relación de consanguinidad, afinidad, lazos de cariño o afecto; o al tomador del seguro o contratante por la condición de empleados, asociados, relacionados o clientes.

- 2.6 **Empleado activo y con derecho a seguro:** una persona que (a) trabaja con horario regular, por lo menos treinta (30) horas por semana y a tiempo completo (b) recibe un salario regular (c) reside en República Dominicana. Quedan excluidos de esta definición los empleados provisionales o temporeros, de parte de tiempo y jubilados.
- 2.7 **Evidencia de Asegurabilidad:** prueba satisfactoria a La Compañía de que un empleado es un riesgo aceptable bajo la póliza.
- 2.8 **Asegurado Principal:** es la persona asegurada en un grupo familiar que llena y firma la solicitud de seguro de salud, y que está facultada para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
- 2.9 **Dependientes Asegurados:** personas incluidas dentro de un mismo contrato póliza, conformado por el (la) cónyuge o compañero (a) de vida del (de la) asegurado (a) principal, y sus hijos –legítimos, hijastros o hijos legalmente adoptados-, y que cumplan con los requisitos de edad a la fecha de inicio del seguro. Para que los hijos califiquen como dependientes dentro de la póliza, estos deben ser solteros, depender económicamente y vivir en la misma residencia del titular o asegurado (a) principal.
- 2.10 **Compañero (a) de Vida:** persona con la que el (la) titular asegurado (a) ha establecido una relación de convivencia en calidad de cónyuge en el mismo domicilio.
- 2.11 **Elegibilidad:** la condición atribuida al solicitante del seguro mientras su edad cumplida se encuentre dentro de los rangos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.
- 2.12 **Edad Límite de Permanencia en el Seguro:** la condición atribuida al cumplir el asegurado la edad indicada para cada cobertura.
- 2.13 **Póliza:** contrato escrito conformado por la Solicitud de Seguro, el Acuerdo de Seguros, las Condiciones Generales y Particulares, las Exclusiones Generales, así como por las Declaraciones y Endosos que se anexan a la misma, y que sirven para probar los derechos y obligaciones del asegurado o contratante del seguro y La Compañía.
- 2.14 **Condiciones Particulares:** parte de la póliza donde se describen los datos generales del asegurado, o el asegurado principal y las personas aseguradas conjuntamente por éste, o tomador de seguro o contratante y las personas aseguradas por éstos, y el (los) beneficiario (s) si lo(s) hay. Incluye además, la vigencia del contrato, las coberturas, los límites y las primas acordadas. También, la firma autorizada y cualquier otro dato mediante el cual se particularice (n) el (los) riesgo (s) asumido (s) por La Compañía.
- 2.15 **Endoso:** es un escrito complementario que forma parte de la póliza, mediante el cual generalmente se hacen adiciones, supresiones, aclaraciones o cualquier otra modificación al texto original o básico de dicha póliza.

- 2.16 **Suma Asegurada o Límite Máximo Vitalicio:** valor atribuido por La Compañía al objeto del seguro, y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar La Compañía en caso de reclamación, con respecto a cada persona asegurada durante la vida de la póliza o el asegurado, lo que primero ocurra.
- 2.17 **Prima:** precio del seguro que está obligado a pagar el asegurado o el contratante de la póliza de conformidad con la legislación vigente, y cuyo cumplimiento es condición esencial para la validez de este contrato.
- 2.18 **Año Calendario:** fecha comprendida entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre del mismo año.
- 2.19 **Año Póliza:** 365 días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y para cada ocurrencia anual subsecuente.
- 2.20 **Solicitud de Seguro:** documento de declaración escrita, realizada en un formulario por la persona que solicita el seguro para si misma y sus dependientes, que utiliza La Compañía para evaluar el riesgo y determinar la aceptación o declinación del mismo. Los exámenes médicos, y formularios y entrevistas médicas forman parte de la Solicitud de Seguro.
- 2.21 **Deducible:** cantidad de los gastos elegibles que debe ser pagada por la persona asegurada, aplicado en cada año calendario.
- 2.22 **Arrastre de Deducible (Carry – Over):** valor del deducible que ha sido consumido por la persona asegurada durante los últimos tres (3) meses del año calendario (octubre-diciembre), y que es reconocido nuevamente por La Compañía sobre los servicios médicos elegibles que la persona asegurada pudiera recibir en el transcurso del próximo año calendario.
- 2.23 **Coaseguro:** porcentaje aplicado sobre los gastos médicos elegibles con el que participarán las personas aseguradas, calculado sobre los límites establecidos en la póliza. El coaseguro funciona en exceso del valor del deducible y se aplica en cada año calendario.
- 2.24 **Co-Pago:** es la cantidad fija que el asegurado debe pagar cada vez que se accede a un servicio.
- 2.25 **Gastos Médicos Mayores:** conjunto de gastos en los que incurre la persona asegurada con la finalidad de recuperar la salud, ya sea por enfermedad o accidente, tales como: servicios hospitalarios, ambulatorios, cirugía, pruebas de diagnóstico, cuidados especiales, tratamientos para enfermedades graves, ambulancia aérea, entre otros.
- 2.26 **Emergencia Médica:** condición patológica de carácter súbito y repentino, manifestada por síntomas agudos y severos que requieren de una atención inmediata, y que en caso de no recibir la asistencia médica necesaria y oportuna pueda poner en peligro la salud y la vida del asegurado.

- 2.27 **Enfermedad:** alteración de la salud que origine reducción de la capacidad funcional, evidenciada por síntomas y hallazgos anormales en los exámenes médicos.
- 2.28 **Enfermedad Infecciosa:** manifestación clínica como consecuencia de una infección provocada por un microorganismo, tales como bacterias, hongos, virus, y a veces protozoos o por priones.
- 2.29 **Enfermedad o Condición Pre-Existente:** cualquier dolencia, lesión corporal, incapacidad, enfermedad o infección, sintomática o no, que se haya originado antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada persona asegurada o de su rehabilitación, estando el asegurado en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro. También se considera como enfermedad pre-existente, la que habría dado como resultado un diagnóstico médico, si al presentarse los signos o síntomas hubiesen sido evaluados por un médico antes de la fecha de inicio de la cobertura de seguro para el asegurado.

Las condiciones pre-existentes declaradas por el asegurado en la solicitud de seguro, y que hayan sido aceptadas expresamente y no excluidas permanentemente por La Compañía, quedaran sujetas a un período de espera de veinticuatro (24) meses consecutivos contados desde la fecha de inicio de la cobertura bajo esta póliza para dicho asegurado. La Compañía se reserva el derecho de declinar la aceptación a la solicitud de seguro, a establecer exclusiones permanentes, o a establecer exclusiones temporales de mayor plazo

- 2.30 **Enfermedad Congénita / Hereditaria:** alteración de la salud, fisiológica o morfológica, en alguna parte del cuerpo, órgano o sistema, que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente que esta se haga evidente al momento del nacimiento o posterior a éste, incluso después de varios años.
- 2.31 **Enfermedad Mental o Nerviosa:** todas aquellas patologías psíquicas o psiquiátricas, ya sean de tipo neurosis, psicosis o deterioro psico-orgánico. Es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo, como lo define la Asociación Norteamericana de Psiquiatría –American Psychiatric Association –.
- 2.32 **Accidente:** cualquier lesión corporal que sufra el asegurado como consecuencia de la acción repentina de un agente externo, y de forma súbita, violenta, fortuita y ajena a su voluntad.
- 2.33 **Lesión:** es el daño al cuerpo del asegurado, ocasionado por un accidente ocurrido después de la fecha de ingreso del asegurado en la póliza.

- 2.34 **Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA):** costo calculado por La Compañía de los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios proporcionados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, y que de acuerdo con las condiciones del contrato de seguros se encuentren cubiertos.

Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga La Compañía sobre los proveedores de salud con los cuales La Compañía mantenga convenios para la prestación de servicios de salud. Cuando la persona asegurada tenga a su disposición diferentes opciones médicas para el tratamiento de su enfermedad, ya sea quirúrgica o de medicación y cuyo resultado esperado sea el mismo, La Compañía preferirá la opción menos costosa.

- 2.35 **Medicamento Necesario:** acto, tratamiento, servicio o suministro médico ordenado y proporcionado por Hospitales, Clínicas, Médicos Tratantes o Proveedores autorizados, que cumplan con los siguientes parámetros:

- 2.35.1 Apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o proceso médico tratado, por los riesgos que implica para el asegurado.
- 2.35.2 Que no excede en duración o alcance para lograr un tratamiento seguro y adecuado.
- 2.35.3 Cónsonos con las normas médicas y farmacológicas aceptadas por la Administración Federal de Drogas (FDA) de los Estados Unidos de Norteamérica, o de acuerdo con las normas médicas del país donde el servicio es proporcionado.
- 2.35.4 Conveniente de acuerdo al estado de salud del asegurado.
- 2.35.5 Que no sea de naturaleza experimental o investigativa.

No se considerará médicamente necesario, el acto, tratamiento, servicio o suministro médico ordenado y proporcionado, cuando se den las siguientes circunstancias:

- a. Cuando el asegurado fuere internado, pudiendo este haberse realizado de manera ambulatoria o fuera del hospital o clínica.
- b. Días de hospitalización no justificados o innecesarios.

La necesidad médica será evaluada por La Compañía, basándose en los anteriores parámetros y en los documentos que sustentan la reclamación, aportados por el contratante, el asegurado o recabados por La Compañía, independientemente que el tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico Tratante.

- 2.36 **Médico:** persona que posee licencia legal para practicar la medicina y/o cirugía, y que no sea el asegurado ni ningún miembro de la familia del asegurado.

- 2.37 **Médico Tratante:** profesional de la salud legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al asegurado. Queda entendido que el Médico Tratante es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de La Compañía.
- 2.38 **Enfermero (a):** profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento de salud.
- 2.39 **Pariente Cercano:** se refiere al cónyuge del asegurado, hijo (a), hermano (a), primo (a), o a los padres del asegurado o de su cónyuge.
- 2.40 **Diagnóstico Clínico:** es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.
- 2.41 **Tratamiento Médico Experimental o Investigativo:** acto, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento para el tratamiento de enfermedades, que: (a) no ha sido ampliamente aceptado por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica Internacional; (b) su efectividad médica es discutible con relación a su funcionamiento; (c) se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de experimento clínico; (d) no se ha probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; (e) su uso está restringido a propósitos clínicos de la ciencia médica y a estudios científicos. Serán los médicos de La Compañía quienes determinarán cuando un tratamiento, procedimiento, terapia, droga o dispositivo es considerado como experimental o investigativo.
- 2.42 **Tratamiento Electivo:** tratamiento, procedimiento, cirugía, suministro o período de hospitalización que puede ser ordenado o programado a conveniencia del paciente asegurado, sin exponer a peligro la vida del asegurado o sin causarle severos trastornos a alguna de las funciones vitales del paciente.
- 2.43 **Exámenes Físicos de Rutina:** aquellos efectuados como chequeos o exámenes preventivos de salud.
- 2.44 **Curas de Reposo:** descanso prescrito por un médico al asegurado, como consecuencia de patologías psiquiátricas o psicológicas.
- 2.45 **Hospital o Clínica:** Institución médica legalmente constituida, destinada a la prestación de servicios de salud. No incluye centros para descanso, curas de reposo, cuidados de custodia, convalecencia, rehabilitación, hidroclínicas, spas, sanatorios, instituciones geriátricas, atenciones a largo plazo, para el tratamiento del alcoholismo, drogadicción, y condiciones nerviosas o mentales.

- 2.46 **Hospitalización:** ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
- 2.47 **Servicios Ambulatorios:** son los servicios médicos recibidos por el asegurado como paciente externo y que no requieren hospitalización, incluyendo los servicios prestados en una sala de emergencia u hospital con una duración menor a veinticuatro (24) horas consecutivas.
- 2.48 **Cirugía Ambulatoria:** procedimiento quirúrgico que no requiere internamiento en una clínica u hospital.
- 2.49 **Procedimiento Quirúrgico:** operación que se ejecuta para reparar lesiones con fines de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cura de ciertas enfermedades o como secuela de un accidente.
- 2.50 **Servicios Hospitalarios:** habitación semi-privada (excluye habitación privada), alimentación, personal de enfermería (excluyendo enfermería privada), instrumentistas, medicamentos, pruebas de diagnóstico, laboratorio y otros servicios medicamente necesarios ordenados por el médico para el asegurado hospitalizado.
- 2.51 **Tarifa de Habitación Semi-Privada:** es el costo diario que corresponde a una habitación de hospital o clínica ocupado por dos o más personas. En caso de que en el momento del internamiento del asegurado el centro hospitalario no disponga de habitación semi-privada, La Compañía reconocerá como un gasto elegible el ochenta por ciento (80%) del valor de la tarifa de la habitación privada de menor costo.
- 2.52 **Terapia Ocupacional:** disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por enfermedad o accidente. Su propósito es ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración en la sociedad.
- 2.53 **Anatomía Patológica:** especialidad médica que se encarga del estudio de las alteraciones celulares, tejidos, órganos, de sus consecuencias estructurales y funcionales, y por tanto de las repercusiones en el organismo.
- 2.54 **Recien Nacido:** un infante desde el momento de su nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
- 2.55 **Proveedores:** personas o instituciones legalmente autorizadas para suministrar servicios relacionados con el tratamiento médico prescrito, sin formar parte del cuerpo facultativo, y cualquier otro servicio prestado y cubierto por la póliza. Queda entendido que los proveedores son contratistas independientes, y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de La Compañía.

- 2.56 **Red de Proveedores:** conjunto de proveedores de servicios con los cuales La Compañía ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con las coberturas contratadas. Queda entendido que los Proveedores que integran la red son contratistas independientes, y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de La Compañía.
- 2.57 **Segunda Opinión Médica:** la opinión de un médico distinto del que esta atendiendo actualmente al asegurado.
- 2.58 **Residencia Habitual:** dirección donde vive el asegurado, ubicada dentro del territorio de República Dominicana, indicada en la solicitud de seguro, y donde éste reside la mayor parte del año o donde ha residido por mas de nueve (9) meses continuos mientras ha estado vigente la póliza. El incumplimiento de esta condición de residencia habitual por parte del asegurado principal y/o sus dependientes asegurados, conlleva la cancelación de la póliza de forma automática. Este requisito no aplica para hijos dependientes que estén registrados como estudiantes en el extranjero, y que hayan sido previamente notificados por el asegurado y aprobados por La Compañía.
- 2.59 **Complejo relacionado con el SIDA:** conjunto de signos y síntomas de enfermedad clínica, usualmente presente después que el conteo de linfocitos CD4 (T) esté por debajo de 500/ μ l o mm³. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. Incluye el VIH (virus inmunodeficiencia humana), encefatología (demencia), síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia, y todas las enfermedades secundarias causadas y relacionadas al virus VIH positivo.
- 2.60 **Medicamentos bajo Prescripción Médica:** medicinas cuya venta y uso están legalmente limitadas a la orden de un médico. Quedan excluidas de este concepto las medicinas o drogas que puedan adquirirse sin prescripción médica.
- 2.61 **Organo:** parte del cuerpo que cumple una función específica.
- 2.62 **Tejido:** grupo o capa de células que juntas cumplen una función específica en el cuerpo.
- 2.63 **Trasplante de Organo:** procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
- 2.64 **Donante:** persona que cede un órgano o sangre con fines terapéuticos.

- 2.65 **Recipiente:** persona que recibe un órgano o trasplante de tejido.
- 2.66 **Servicio de Ambulancia Aérea:** traslado vía aérea hacia la clínica u hospital de la persona asegurada debido a una emergencia médica.
- 2.67 **Servicio de Ambulancia Terrestre:** traslado vía terrestre hacia la clínica u hospital de la persona asegurada debido a una emergencia médica.
- 2.68 **Servicio Odontológico de Emergencia:** es el tratamiento que requiere el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto en la presente póliza bajo hospitalización, con el objetivo de reemplazar o reconstruir piezas dentales que hayan sido perdidas o dañadas en dicho accidente.
- 2.69 **Período Asegurado:** será aquel que comienza con la fecha en que se hace efectiva la cobertura dentro de la póliza y para cada asegurado, y expira al término de la misma para la póliza en su totalidad.
- 2.70 **Período de Gracia:** es el período de treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la póliza, durante el cual La Compañía permitirá que el asegurado renueve la póliza.
- 2.71 **Fallecimiento:** la pérdida de la vida de la persona asegurada.
- 2.72 **Fallecimiento Accidental:** la pérdida de la vida del asegurado, como consecuencia de cualquier acontecimiento súbito no previsto ni esperado, provocado por causas ajenas y externas.
- 2.73 **Beneficiario:** toda persona física o jurídica que así haya sido nombrada por el asegurado para recibir los beneficios de la cobertura de fallecimiento, bajo la póliza de Accidentes Personales o de Vida, siempre que la misma haya sido contratada por el asegurado y así sea indicada en la solicitud de seguro, las condiciones particulares de la póliza o mediante endoso.
- 2.74 **Domiciliación Bancaria:** es el proceso mediante el cual el asegurado o el contratante de la póliza autoriza a La Compañía a realizar cargos periódicos a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, con la finalidad de cumplir con el pago de la prima establecido por La Compañía, para tener derecho sobre la cobertura de seguro contratada.

Artículo No. 3: Elegibilidad

Para que una persona sea elegible o califique para los beneficios de esta póliza, es necesario:

1. Edad mínima de ingreso: titular y cónyuge o compañero de vida: dieciocho (18) años. Hijos dependientes en el plan familiar: noventa (90) días de nacido, si la madre no tenía derecho a cobertura en el momento del nacimiento del hijo. Los hijos dependientes deben cumplir con lo descrito en la definición de "Dependientes Asegurados".
2. Edad máxima de ingreso: titular y cónyuge o compañero (a) de vida: sesenta y cinco (65) años de edad en la fecha de inclusión de la persona en la póliza de seguro. Hijos dependientes en el plan familiar: veinticuatro (24) años de edad.
3. Edad máxima de permanencia en el seguro: titular y cónyuge o compañero (a) de vida: vitalicia. Hijos dependientes en el plan familiar: veinticinco (25) años de edad, fecha en la que el hijo asegurado quedará excluido automáticamente de la póliza, teniendo éste la opción de contratar una póliza individual con derecho a continuidad de cobertura.
4. Que su país de residencia habitual sea República Dominicana. No residir ni trabajar en Estados Unidos de Norte América, Puerto Rico o Canadá. Este requisito no aplica para hijos dependientes que estén registrados como estudiantes en el extranjero, y que hayan sido previamente notificados por el asegurado y aprobados por La Compañía.
5. En pólizas colectivas: ser empleado de tiempo completo, de acuerdo con la definición de "Empleado activo y con derecho a seguro".

Artículo No. 4: Coberturas

La Compañía se compromete con el asegurado a pagar las prestaciones y los servicios conforme lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de esta póliza, de acuerdo a los gastos usuales, razonables y acostumbrados del área donde se brindaron los servicios. Los beneficios amparados bajo la presente póliza son:

4.1 Cobertura para Gastos en Hospitalización

Quedan amparados los gastos de:

- Habitación semi-privada
- Alimentación del paciente asegurado
- Honorarios médicos
- Honorarios del cirujano y anesthesiólogo

- Sala de cirugía
- Material de cura y quirúrgico
- Monitor cardíaco
- Suministro de Oxígeno
- Sala de recuperación
- Sala de emergencia – cuidados previo al internamiento
- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad de cuidados coronarios
- Unidad de recién nacidos
- Medicamentos y soluciones intravenosas
- Diálisis
- Sangre y plasma
- Equipos artificiales de asistencia: riñón, corazón, pulmón y circulación
- Pruebas de laboratorio
- Pruebas de diagnóstico incluyendo estudios especiales
- Fisioterapia, terapia respiratoria y ocupacional

Los gastos de hospitalización en República Dominicana y Puerto Rico quedan cubiertos al 100% de los gastos usuales, razonables y acostumbrados del área donde se brindaron los servicios, sujeto al co-pago indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos de hospitalización fuera de República Dominicana y Puerto Rico están sujetos al deducible y coaseguro indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

4.2 Cobertura para Gastos Ambulatorios

Quedan amparados los gastos de:

- Honorarios de consulta médica
- Medicamentos bajo prescripción médica
- Pruebas de laboratorio
- Pruebas de diagnóstico incluyendo estudios especiales
- Cirugía ambulatoria
- Anatomía Patológica
- Fisioterapia, terapia respiratoria y ocupacional
- Diálisis
- Ambulancia terrestre

Los gastos ambulatorios no aplican dentro del territorio de República Dominicana, excepto la Cirugía Ambulatoria, la Medicina Preventiva y el Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia, los cuales están sujetos a pre-certificación obligatoria, en caso contrario cualquier reclamación relacionada con un servicio no pre-certificado será declinada.

La cirugía ambulatoria dentro de República Dominicana debe ser realizada en una institución o departamento de atención de enfermos sin necesidad de hospitalización de la persona asegurada, que pertenezcan a una entidad hospitalaria, con una organización de empleados y médicos que cumplan con las siguientes especificaciones:

- (a) El centro y los médicos están licenciados bajo la jurisdicción en donde se localiza.
- (b) Sus instalaciones tienen los equipos necesarios y son usadas para realizar procedimientos de cirugía, incluyendo el tratamiento y cuidado permanente de servicios de enfermería profesional, y cuarto de recuperación post-quirúrgico.

4.3 Maternidad

Estarán cubiertos aquellos embarazos cuya fecha del parto es a partir de diez (10) meses, contados desde la fecha de inicio de vigencia en que la persona asegurada fue incluida en la póliza. Los abortos terapéuticos tendrán cobertura siempre que el embarazo haya iniciado por lo menos treinta y un (31) días contados a partir de la fecha de inclusión de la persona asegurada en la póliza.

Siempre que aplique la cobertura, todos los gastos relacionados con el embarazo desde su inicio y el parto, quedan amparados dentro del límite estipulado para el beneficio de maternidad.

Los gastos de maternidad en República Dominicana y Puerto Rico quedan cubiertos 100% sujetos a un co-pago y sujetos a los gastos usuales, razonables y acostumbrados del área donde se brindaron los servicios. No aplica deducible ni coaseguro. Los gastos de maternidad fuera de República Dominicana y Puerto Rico están sujetos a deducible y coaseguro.

La cobertura de maternidad no aplica para hijas dependientes incluidas en los planes familiares. Para tener derecho a esta cobertura, las hijas dependientes a partir de dieciocho (18) años de edad deberán solicitar cobertura a La Compañía y ser aprobadas bajo su propia póliza por separado.

4.3.1 Cobertura del Recién nacido que nace de un embarazo amparado bajo esta póliza:

Cobertura Provisional. El recién nacido tendrá cobertura automática bajo esta póliza, como una extensión de los beneficios de la madre asegurada. Esta cobertura tiene un plazo provisional de noventa (90) días contados desde la fecha de su nacimiento, tiempo durante el cual la madre tramitará a La Compañía formal solicitud de inclusión en la póliza de seguro.

Cuando el contratante de la póliza realice la solicitud a La Compañía, debe presentar el acta de nacimiento del (de la) recién nacido (a) que indique el nombre completo, fecha de nacimiento y género, adjuntando el pago de la prima que corresponda a la inclusión del hijo (a). Recibido este documento, La Compañía otorgará formal cobertura con efectividad a partir de la fecha de nacimiento.

El recién nacido saludable queda amparado bajo el límite de la cobertura de maternidad de la madre. El recién nacido con complicaciones del nacimiento queda amparado bajo el límite de la cobertura "Recién Nacido con Problemas".

Cobertura Permanente. En caso de que el contratante de la póliza no solicite la inclusión del (de la) recién nacido (a) dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha de su nacimiento, La Compañía requerirá como evidencia de asegurabilidad que complete una solicitud de seguro de salud para incluirlo en la póliza, quedando ésta sujeta a los procesos de evaluación de riesgo que requiera La Compañía.

4.3.2 Cobertura del Recién nacido que nace de un embarazo NO amparado bajo esta póliza:

En este caso el recién nacido no tendrá derecho a la cobertura provisional, siendo necesario que el contratante solicite formalmente a La Compañía su inclusión en la póliza presentando una solicitud de seguro de salud, y pagando la prima que corresponda. La solicitud de inclusión estará sujeta a evaluación de riesgo de parte de La Compañía. En caso de ser aceptada la inclusión por parte de La Compañía, la fecha de efectividad de la cobertura para el recién nacido será la indicada por esta en su comunicación de aprobación.

4.4 Recién Nacido con Problemas

Esta cobertura aplica dentro de los primeros noventa (90) días de nacido, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

4.5 Enfermedades Congénitas y Hereditarias

Esta cobertura aplica para enfermedades que se manifiesten después de noventa y un (91) días de nacido, en la niñez o en la edad adulta del asegurado, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

4.6 Enfermedades Mentales y Nerviosas

Esta cobertura está sujeta a lo establecido en la Cláusula "Definiciones" y hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

4.7 Atención Médica en el Hogar

Previo aprobación de La Compañía y siempre que sea médicamente necesario, La Compañía cubrirá los servicios de atención médica en el hogar, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta treinta (30) días.

Las extensiones en los días de servicio deben ser solicitadas a La Compañía, siendo el tiempo máximo de sesenta (60) días, para lo que el asegurado debe presentar a La Compañía informaciones médicas actualizadas sobre su condición de salud y tratamiento en curso, que justifiquen su solicitud de extensión. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o declinar la solicitud.

4.8 Medicina Preventiva

Esta cobertura aplica para personas aseguradas a partir de cuarenta (40) años de edad y del segundo año póliza, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares. Se extiende a cubrir el examen físico al asegurado, incluyendo pruebas de diagnóstico y laboratorio indicadas a continuación:

- Radiografía de Torax
- Prueba de Esfuerzo
- Electrocardiograma en Reposo
- Ecocardiograma
- Sonografía abdominal – pélvica
- Rastreo para cáncer de colon
- Mamografía
- Examen PAP
- Examen Antígeno Prostatico Específico -PSA
- Hemograma
- Grupo Hematológico
- Coprológico
- Química sanguínea
- Uroanálisis
- Perfil de lípidos, hepático y renal
- Sangre oculta
- HIV, VDRL
- Hepatitis B y C

Los servicios de medicina preventiva están disponibles exclusivamente con el proveedor de La Compañía y previa Pre-Certificación. No aplica reembolso.

4.9 Trasplante de Organos

Este beneficio aplica para los gastos relacionados directamente con el procedimiento de trasplante, incluyendo:

- Cuidados pre-quirúrgicos y post-quirúrgicos incluyendo medicamentos inmunosupresores.
- Costo del traslado aéreo desde y hasta el lugar del procedimiento de trasplante:
 - (a) Si el asegurado a trasplantar es un adulto: el recipiente y un acompañante
 - (b) Si el asegurado a trasplantar es un menor: el recipiente y hasta dos acompañantes –parientes o quienes tengan la custodia legal del paciente menor-.
- Gastos relacionados con el seguimiento y evaluaciones médicas ambulatorias posteriores al trasplante.

Este beneficio está sujeto a un máximo anual de un (1) trasplante del mismo tipo por año calendario. Cuando se realice un procedimiento de trasplante de dos órganos en el mismo evento quirúrgico, se considerará como un (1) trasplante. La combinación de órganos de los indicados mas adelante en un mismo procedimiento de trasplante, aplicará siempre que la misma sea médicamente necesaria.

En caso de que el asegurado requiera la repetición de un trasplante, debido a que el primer trasplante no fué exitoso, este debe ser aprobado por La Compañía solamente si esta lo considera como médicamente necesario.

Para aplicar sobre el beneficio de Trasplante de Organos, La Compañía requerirá una segunda opinión de un médico de la misma especialidad del médico de cabecera del asegurado, reservándose La Compañía el derecho de someter la evaluación de esta segunda opinión médica con el médico que considere conveniente.

El período de cobertura para el beneficio de Trasplante de Organos (exceptuando la primera evaluación) inicia diez (10) días antes del procedimiento del trasplante a cubrir, y termina doce (12) meses después del día del procedimiento del trasplante.

Los trasplantes de órgano que se cubren bajo la presente póliza, son únicamente los siguientes:

1. Corazón
2. Pulmón
3. Páncreas
4. Riñón
5. Hígado
6. Córnea
7. Médula Osea Autóloga, Singénica, o Alogénica

Para trasplante en diagnóstico del Linfoma de Hodgkin y Linfoma de no-Hodgkin, aplica a partir del estadio III. Para trasplante en diagnóstico de Leucemia aguda linfocítica y no-linfocítica, aplica después de la primera recaída.

Los trasplantes de órgano indicados anteriormente deberán ser realizados en una clínica u hospital especializado en trasplantes, que sea reconocido por la Comunidad Médica Internacional como un centro calificado para realizar el tipo de trasplante requerido. Para que esta cobertura aplique, el procedimiento del trasplante de órgano debe ser realizado en un centro médico perteneciente a la red de proveedores de La Compañía.

Exclusiones y Limitaciones

Este beneficio de Trasplante de Organos esta sujeto a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza. En adición a esas exclusiones, La Compañía no pagará ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro que:

- (a) No sea médicamente necesario.
- (b) Se realice en una clínica u hospital no considerado como un centro médico de trasplantes.
- (c) Se realice en una clínica u hospital que no pertenezca a la red de proveedores de La Compañía.
- (d) Los costos excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados.
- (e) Sea considerado como experimental, investigativo o electivo.
- (f) Haya sido proporcionado como resultado o relacionado de cualquier forma con un trasplante de órgano no cubierto en esta póliza, o que haya sido aprobado por La Compañía.
- (g) Este relacionado o sea una secuela de una condición pre-existente.
- (h) Sea proporcionado cuando exista la opción de recibir un tratamiento alternativo o procedimientos, que sean igualmente efectivos y que permitan tratar la enfermedad o condición por la que están demandando la realización del trasplante.
- (i) Este relacionado con donantes de especie animal, equipo artificial, mecánico o de artefactos diseñados para sustituir órganos humanos.

Los gastos de donantes relacionados con el proceso de trasplante estarán cubiertos bajo las siguientes condiciones:

- Aquellos gastos incurridos en el proceso de extirpación de un órgano o tejido de un donante vivo, con la intención de realizar el trasplante a la persona asegurada, incluyendo: (a) investigación de donantes potenciales (b) servicios prestados al donante en una clínica, hospital o centro de trasplante, siempre que los gastos se adecúen a lo indicado en las condiciones de la póliza y sean médicamente necesarios durante el proceso de extirpación del órgano a trasplantar.
- Gastos incurridos durante el proceso de la adquisición del órgano obtenido de un donante fallecido, con el propósito de realizar el trasplante. Los gastos incluidos son los originados por: la extirpación, preservación y transporte del órgano que será trasplantado.
- Los gastos incurridos en el cultivo de la médula ósea con relación al trasplante realizado a una persona asegurada.

4.10 Evacuación Médica de Emergencia

Quedan amparados en este beneficio bajo el esquema de reembolso al asegurado, los gastos elegibles que sean usuales, razonables y acostumbrados del área donde se preste el servicio, por el uso de la ambulancia aérea a la clínica u hospital más cercano y apropiado, dotada esta del equipo médico necesario para atender la enfermedad o condición de salud que afecta a la persona asegurada, siempre que en la urgencia médica:

- (a) La condición de salud del asegurado no permita que este viaje en una aerolínea comercial de vuelo regular de pasajeros.

- (b) El asegurado se encuentre en estado de cuidados intensivos.
- (c) El médico tratante certifica que el asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento médico adecuado, ya que ese tratamiento o procedimiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el asegurado.
- (d) La ambulancia aérea sea operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas.
- (e) La enfermedad, condición, incapacidad o síntomas que presente el asegurado sean elegibles y cubiertos por los beneficios de la presente póliza.
- (f) La autorización de la necesidad médica de la ambulancia aérea haya sido aprobada por el médico de La Compañía.
- (g) La persona asegurada sea trasladada hacia una clínica u hospital que pertenezca a la red de proveedores de La Compañía dentro del territorio de Estados Unidos de Norteamérica y Puerto Rico, y que se encuentre más cercana al punto de evacuación.

4.11 Segunda Opinión Médica –SOM–

La Compañía provee a solicitud del asegurado el beneficio de una Segunda Opinión Médica - SOM – dentro del territorio de Estados Unidos y Puerto Rico, con los siguientes servicios:

- Contribuye al diagnóstico de enfermedades graves o intervenciones quirúrgicas complejas, con el propósito de proporcionar información adicional de vital importancia.
- Ofrece un diagnóstico por parte de un médico de prestigio especializado en la enfermedad o condición tratada al asegurado.
- Ofrece consejo en los posibles tratamientos aplicables a la patología del paciente.
- Ofrece consejos de tratamiento dentro de nuestra red Centros de Excelencia en los Estados Unidos.

Esta cobertura aplica sobre diagnósticos de enfermedades, lesiones o condiciones cuyos gastos hayan sido elegibles por la póliza.

El procedimiento para optar por los servicios que ofrece la cobertura SOM, será el que este vigente en La Compañía al momento de solicitar el mismo.

4.12 Exoneración de Pago de Prima por Fallecimiento del Titular

Suscrito un Plan Familiar, si falleciere el asegurado principal y siempre que sea el mismo que contrate la póliza, La Compañía conservará vigente este contrato de seguro cubriendo las primas que se generen y que estén pendientes de pago en el transcurso de los doce (12) meses siguientes al día del fallecimiento, siempre que la causa de dicho fallecimiento se deba a una enfermedad o condición cubierta en la póliza.

Esta cobertura no aplica para ningún beneficio adicional, quedando asegurados todos los dependientes registrados en la póliza. La cobertura terminará automáticamente para cada dependiente asegurado si:

- El cónyuge o compañero (a) de vida contrae matrimonio.
- El (la) hijo (a) asegurado (a) deja de ser elegible de acuerdo a la cláusula de elegibilidad de esta póliza, o para los cuales se haya emitido su póliza por separado.

Concluidos los doce (12) meses posterior a la fecha del fallecimiento del asegurado principal, termina automáticamente la responsabilidad del pago de la prima de seguro a cargo de La Compañía.

4.13 Reposición Ticket Aéreo

Siempre que exista una necesidad médica y cuando el paciente asegurado seleccione a un centro médico en Puerto Rico, La Compañía reembolsará el costo del ticket aéreo en clase económica en una línea comercial de vuelo regular hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que el asegurado sea un menor de edad, La Compañía reembolsará el costo del ticket aéreo bajo las condiciones indicadas anteriormente, del menor y su tutor. Este beneficio esta sujeto a las siguientes condiciones:

- Que la enfermedad o condición por la que se esta tratando el asegurado, sea elegible y haya sido reconocida por La Compañía.
- Que el asegurado Pre-Certifique este servicio, y que sea aprobado por La Compañía.
- Que se requiera una cirugía o internamiento médicamente necesario.
- Los servicios deben ser brindados en un centro médico que pertenezca a la Red de Proveedores de La Compañía.

La cantidad máxima de pasajes aéreos bajo las condiciones indicadas está limitada a tres (3) viajes por año calendario y al límite indicado en las Condiciones Particulares. Los servicios ambulatorios quedan excluidos de este beneficio. No existe pago de alojamiento para pacientes y familiares.

Para hospitalización en Puerto Rico exclusivamente, no aplica deducible ni coaseguro.

4.14 Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en República Dominicana

Siempre que sean elegibles, quedan amparados bajo esta póliza los gastos clínicos y los honorarios médicos que se generen en la aplicación de la quimioterapia y radioterapia, quedando excluidos los medicamentos, pruebas de diagnóstico, laboratorio y procedimientos utilizados en el seguimiento del tratamiento del paciente asegurado.

La cobertura esta sujeto a Pre-Certificación y limitada dentro de la Red de Proveedores de La Compañía, por lo que no aplica reembolso de gastos incurridos por el asegurado.

Este beneficio está sujeto al deducible indicado en las Condiciones Particulares.

4.15 Medicamentos ambulatorios

Los medicamentos indicados al asegurado con recetas bajo prescripción médica están sujetos a las siguientes condiciones:

- Deben estar aprobados por la FDA de los Estados Unidos (United States Food and Drug Administration).
- Deben ser dispensados por un farmacéutico o médico acreditado para tales fines.

Esta cobertura aplica exclusivamente fuera de República Dominicana.

4.16 Asistencia en Viajes

Bajo esta cobertura, La Compañía garantiza al asegurado una ayuda material inmediata en forma de servicios, cuando ésta se encuentre en dificultades como consecuencia de un evento fortuito, ocurrido durante el transcurso de un viaje fuera de República Dominicana y mientras dure la vigencia de la póliza de salud a la cual se adhiere este beneficio. Los servicios serán brindados a través del Centro de Atención al Cliente de La Compañía ubicado en la ciudad de Santo Domingo, D.N. bajo el sistema de cobro revertido. La persona asegurada se obliga a dar aviso tantas veces como asistencias precise, al Servicio del Centro de Atención al Cliente disponible las 24 horas del día. Las asistencias a brindar son las siguientes:

- (a) **Traslado Médico de Emergencia.** Si durante el transcurso del viaje, el asegurado sufre un accidente o enfermedad súbita e imprevista que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere el más adecuado, según el criterio del médico tratante, La Compañía coordinará y pagará los gastos de transporte médico del Titular hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad.

La Compañía, a través de su equipo médico, será la que decida a qué centro sanitario se traslada al asegurado en función de la situación o gravedad en la que éste se encuentre y cual es el medio de transporte más idóneo. Esta prestación no tendrá límite monetario.

- (b) **Repatriación de Herido o Enfermo.** Si durante el viaje el asegurado sufre un accidente o una enfermedad súbita e imprevista, y una vez atendido y tratado médicamente por los profesionales de la entidad sanitaria respectiva, éstos

determinan que es conveniente suspender el viaje regular y realizar una repatriación médica, La Compañía se encargará de organizar en coordinación con su equipo médico el traslado del asegurado hasta la ciudad de domicilio en República Dominicana. El equipo médico de La Compañía mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atienden al asegurado, y decidirá de acuerdo con éstos, los medios de transporte más idóneos sujeto a las condiciones de tiempo, lugar y estado clínico del asegurado. Esta prestación no tendrá un límite monetario.

- (c) **Gastos de Hotel por Convalecencia.** La Compañía tomará a su cargo los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel, sin extra alguno del asegurado convaleciente cuando por enfermedad o accidente haya permanecido internado en un hospital y precise prolongar la estadía por prescripción del médico tratante, y la misma haya sido aceptada y autorizada por el equipo médico de La Compañía. Quedan excluidos de esta cobertura cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: Bebidas alcohólicas, lavandería, y servicios extras. El monto máximo de esta cobertura será de USD 100.00 diario, máximo durante seis (6) días.
- (d) **Gastos de Desplazamiento de Acompañante (ida y regreso).** En caso de que la hospitalización del asegurado, motivada por un accidente o enfermedad, sea superior a cinco días, La Compañía se hará cargo del traslado de una persona desde el lugar de residencia habitual del asegurado, incluyendo el importe del viaje de ida y vuelta (clase económica) al lugar de hospitalización.
- (e) **Gastos de Estancia de Acompañante.** En caso de que la hospitalización del asegurado, motivada por un accidente o enfermedad sea superior a cinco (5) días, La Compañía se hará cargo de los gastos de hotel del acompañante desplazado y a quien se haya facilitado el transporte indicado en el artículo previo. Están excluidos de esta cobertura cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: bebidas alcohólicas, lavandería, y servicios extras. El monto máximo de esta cobertura será de USD 100.00 diario, máximo seis (6) días.
- (f) **Regreso en Fecha Diferente.** Cuando por la ocurrencia de un accidente o enfermedad del asegurado calificada por el médico tratante como grave y confirmada por los médicos de La Compañía, o por muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, en el país de residencia, este deba adelantar o postergar su viaje, La Compañía se hará cargo del costo del ticket de regreso en clase económica, hasta la ciudad de residencia en el que se haya emitido este seguro, siempre y cuando el asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original, o de la diferencia de tarifa que deba pagar por cambio de fecha. Es imprescindible que el boleto original sea de ida y regreso, de tarifa reducida por fecha fija o limitada para regreso, y que no sea posible respetar esta fecha.

El asegurado deberá aportar los justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje: certificado de defunción cuando la causa es la muerte de un familiar, devolución del ticket o el comprobante certificado del diferencial pagado a la línea aérea.

- (g) **Retorno de Menores.** Si los menores de dieciséis (16) años que viajan con el asegurado por causa de un accidente, enfermedad o traslado de éste, quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, La Compañía organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje La Compañía pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.
- (h) **Repatriación de Restos Mortales.** La Compañía se hará cargo de todas las tramitaciones y gastos de transporte que demande la repatriación de restos por fallecimiento del asegurado durante la vigencia de su cobertura bajo esta póliza, de los gastos de ataúd provisorio, y gastos de funeraria necesarios para la repatriación de los restos hasta el lugar de inhumación, en el país de origen del asegurado, o si fuera necesario de la cremación en el lugar del fallecimiento. Queda a exclusivo criterio de La Compañía la elección de los prestadores de los servicios a utilizar para el traslado de restos. Se excluye de esta garantía el pago de los gastos de inhumación, o ceremonia funeraria. Esta cobertura no tendrá límite monetario.
- (i) **Reembolso por Vuelo Demorado o Cancelado.** La Compañía reembolsará al asegurado contra presentación de comprobantes fehacientes: gastos de comidas, refrigerios, hotelería, y comunicaciones realizadas en el lapso de la demora si su vuelo de línea aérea regular es demorado por más de 6 (seis) horas y siempre y cuando no tenga otra alternativa de transporte dentro de las 6 (seis) horas desde la hora de partida programada por su vuelo original. Para acceder a este beneficio, el asegurado deberá comunicarse desde el aeropuerto donde se encuentre con la Central de Asistencia, inmediatamente después de confirmarse la demora o cancelación de su vuelo original y deberá posteriormente presentar una constancia escrita de la línea aérea que certifique la demora o cancelación sufrida.

Este beneficio queda excluido por las siguientes causas: si el asegurado viaja con pasaje aéreo sujeto a disponibilidad de espacio; o si la demora es por huelga convocada por empleados propios o de empresas subcontratadas por la compañía aérea y o de los aeropuertos; si la cancelación o negación de embarque que se produce es por caso fortuito o de fuerza mayor según su definición legal, y que impida a la aerolínea cumplir su itinerario normal. El límite máximo de este beneficio es USD 35.00 cada seis (6) horas.

- (j) Localización y envío de equipajes y efectos personales. La Compañía asesorará al asegurado para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, colaborando en la gestión para su localización. En caso de recuperación de dichos bienes, La Compañía se encargará de su envío hasta el lugar del viaje previsto por el asegurado o hasta su lugar de residencia habitual.
- (k) Asistencia Legal. La Compañía proporcionará asistencia legal al asegurado en eventos derivados de un accidente de tránsito. En todos los casos la relación contractual quedará exclusivamente establecida entre el asegurado y el profesional designado. La compañía es ajena a esta relación, no asumirá responsabilidad alguna con motivo de la designación, ya se origine en el desempeño de la labor del abogado o en cualquier otra circunstancia.
 - k.1 Honorarios legales. En caso de que durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de automóvil que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, La Compañía pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta el límite de USD 4,000.00.

De igual manera si el asegurado requiriese asistencia legal para realizar reclamos o hacer demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz del accidente, La Compañía pondrá a su disposición un abogado que lo asesorará en la emergencia planteada. Queda establecido que corre por cuenta exclusiva del asegurado la contratación de sus servicios profesionales así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

- k.2 Anticipo de Fianzas. La Compañía garantizará en calidad de préstamo al asegurado, el pago de una fianza legal exigida por las autoridades para su libertad condicional, cuando el asegurado fuera detenido imputándosele una responsabilidad en un accidente de tránsito, siempre que el mismo no se trate de cargos por tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal. Esta cobertura está sujeta a la verificación de dichos cargos tanto nacional como internacionalmente. El límite de este beneficio es de USD 10,000.00.

Si durante el proceso el asegurado no asiste a cualquier citación del tribunal o entidad judicial respectiva, La Compañía podrá exigir el reintegro inmediato del préstamo. En cualquier circunstancia, el asegurado deberá reintegrar a La Compañía o a la persona natural o jurídica que este le indique, el préstamo otorgado perentoriamente dentro de los noventa (90) días calendario siguiente al desembolso realizado.

- (l) Compensación de gastos por cancelación del viaje. Si antes de iniciar el viaje, y a causa del fallecimiento u hospitalización no menor de 72 horas, del asegurado o de un familiar en primer grado de consanguinidad (padre, madre, hijos o cónyuge viajando o no con el asegurado), La Compañía reembolsará al asegurado o a sus herederos legales hasta un 100% de los depósitos pagados y no reintegrados por el proveedor, siempre y cuando los costos de transporte y/o alojamiento hayan sido pagados con anticipación, que el seguro haya sido adquirido simultáneamente con estos y que la cancelación del viaje sea notificada antes de las 48 horas posteriores a la ocurrencia del hecho.

Se hace constar expresamente que La Compañía no se responsabiliza de los gastos de cancelación, cuando se produzca como consecuencia de una condición médica preexistente y/o congénita conocida o no por el causante de la cancelación. La Compañía se reserva el derecho de usar su propio equipo médico para la verificación de cualquier enfermedad o accidente que dé lugar a esta prestación, para la calificación de su gravedad y su relación con la cancelación del viaje, así como a solicitar los documentos de soporte necesarios. Esta cobertura inicia en el momento que el asegurado haya pagado el viaje y finaliza en el momento del inicio del mismo.

La Compañía indemnizará al asegurado en boletos aéreos y en porción terrestre en los términos usualmente empleados en el mercado turístico, cuando el valor de los mismos no sea reembolsable por parte de la agencia de viajes u operador turístico.

- (m) Compensación Por Demora o Extravío de Equipaje Superior A 36 Horas. Si el asegurado sufriera el extravío de su equipaje facturado durante su transporte en aerolínea comercial de un vuelo Internacional, este debe ser notificado inmediatamente antes de salir del lugar de retiro de equipajes del aeropuerto y solicitar un comprobante de notificación de pérdida del transportista (Property Irregularity Report "PIR"). Al mismo tiempo debe notificar a La Compañía.

Si su equipaje no fuera recuperado dentro de las 36 horas siguientes a la notificación, La Compañía le reconocerá los gastos incurridos en la compra de artículos necesarios hasta la suma de cien (US\$100.00) dólares, sujeto a la presentación de los comprobantes justificativos y el documento de reporte del transportista (PIR).

- (n) Indemnización Complementaria Por Pérdida De Equipaje Facturado. Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje facturado durante su transporte en aerolínea comercial de un vuelo Internacional, La Compañía le reconocerá al asegurado un complemento sobre la indemnización que corresponda pagar a la línea aérea, según el peso del equipaje extraviado hasta la suma de USD 1,200.00 (USD 40.00 por kilo).

La Compañía efectuará la indemnización al asegurado solo cuando el transportista haya reconocido la pérdida y abonado la indemnización que determine.

Para proceder a realizar el pago es necesario que el asegurado suministre el documento justificativo de la pérdida (PIR Property Irregularity Report), el comprobante de liquidación de pago por parte de la línea aérea y fotocopia del boleto aéreo.

Para el cumplimiento de este beneficio es indispensable que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Que el equipaje se haya perdido en el trayecto y durante un vuelo Internacional de una aerolínea comercial.
 2. Que el equipaje haya sido facturado, registrado y despachado por la línea aérea.
 3. Que la línea aérea haya indemnizado al asegurado.
- (ñ) Servicios. A solicitud del asegurado se prestarán los siguientes servicios sin costo:
- Informes de Trámites de Visado, Estado del Tiempo y Vacunas.
El asegurado podrá solicitar información acerca de los trámites de visa para cada país, estado de tiempo, información acerca de las vacunas que acostumbra a pedir como requisito para el turismo en ciertos países.
 - Informes de trámites de documentos extraviados en el exterior.
Si el asegurado sufriera la pérdida de los documentos en el exterior, La Compañía lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.
 - Transmisión de mensajes urgentes. La Compañía se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.
 - Contacto con su médico de cabecera. Si por solicitud del asegurado que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad, originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera, La Compañía pondrá a su disposición el Servicio de Atención al Cliente para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

Exclusiones del beneficio de Asistencia en Viajes

Quedan excluidas de la garantía objeto de todos los beneficios de Asistencia en Viajes las consecuencias de los hechos siguientes:

- a) Los causados directa o indirectamente por la mala fe del asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
- b) Las consecuencias de las acciones del asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
- c) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como: inundaciones, terremotos, desprendimientos, corrimientos de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.

- d) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- e) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o Cuerpos de Seguridad.
- f) Las guerras, con o sin declaración previa, y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- g) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de La Compañía salvo caso de fuerza mayor o urgente necesidad, siempre que lo reporte a la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro.
- h) Las derivadas de la renuncia o retraso, por parte del asegurado o personas responsables por él, del traslado propuesto por La Compañía y acordado por su servicio médico.
- i) Las relativas a equipajes que no vayan suficientemente embalados o identificados, así como equipajes frágiles o productos perecederos.
- j) Los gastos producidos una vez que el asegurado se encuentre en su lugar de residencia habitual.
- k) Los ocurridos durante un viaje iniciado dándose cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - Antes de la entrada en vigor de este seguro.
 - Con la intención de recibir tratamiento médico y que estén relacionadas con una enfermedad, lesión o condición pre-existente.
 - Con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal.
 - Sin autorización médica previa, habiendo estado el asegurado bajo tratamiento o control médico dentro de los doce (12) meses previos al inicio del viaje.
- l) Para el beneficio de Repatriación de Restos: los derivados de la energía nuclear radiactiva. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas. Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en competiciones, prácticas deportivas, y pruebas preparatorias o entrenamientos. La práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso. La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares. La práctica del esquí y/o deportes afines, salvo que se haya pactado expresamente su cobertura. La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros. La muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del titular.

Artículo No. 5: Coberturas Adicionales

5.1 Seguro de Vida – Cobertura de Fallecimiento por Enfermedad o Accidente

Al ocurrir el fallecimiento de una persona asegurada bajo esta póliza, siempre que éste suceda dentro de la vigencia de la póliza y por cuya cobertura se haya cobrado la prima acordada, La Compañía se compromete a pagar la suma asegurada al (a los) beneficiario (s) designado (s), o en su defecto a los herederos legales del asegurado fallecido, sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Esta cobertura es opcional y para que el asegurado tenga derecho sobre la misma, debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

Consideraciones para esta cobertura:

- 5.1.1 **Elegibilidad.** La edad mínima de ingreso para la cobertura de vida es dieciocho (18) años, y la edad máxima de ingreso sesenta y cinco (65) años. La fecha de terminación automática de esta cobertura es al cumplir el asegurado ochenta (80) años de edad. La edad del asegurado será calculada en base a su edad actuarial.
- 5.1.2 **Edad Actuarial:** es la edad utilizada para la tarificación y elegibilidad del seguro de vida, y es la edad correspondiente al cumpleaños más próximo, pasado o futuro, que en una determinada fecha tenga el asegurado.
- 5.1.3 **Exclusiones.** Esta cobertura no será aplicable a ningún hecho causado por o derivado directa o indirectamente de:
 - (a) Fallecimiento del asegurado causado por enfermedad, lesión o condición preexistente, originada antes del inicio de vigencia de la cobertura, su último aumento o inclusión de beneficios, o de su última rehabilitación, estando este en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los dos (2) primeros años de cobertura.
 - (b) Suicidio del asegurado, siempre que el mismo ocurra dentro de los dos (2) primeros años de cobertura.
- 5.1.4 **Disputabilidad de la cobertura de Fallecimiento.** Esta cobertura de vida podrá ser disputable por omisión e inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un asegurado, o para otorgar un incremento en la suma asegurada, durante los primeros dos (2) años de su emisión, de su

última rehabilitación, de la inclusión de un asegurado, o del otorgamiento o del incremento en suma asegurada. La declaración errónea de edad podrá ser disputable por La Compañía en cualquier momento de la póliza. En caso de que La Compañía obtenga pruebas de dicha omisión o inexacta declaración, la póliza quedará automáticamente rescindida, limitándose la responsabilidad de La Compañía a devolver la prima correspondiente.

5.1.5 Exámenes. La Compañía tendrá el derecho cuando y tantas veces como lo requiera de:

- (a) Examinar al asegurado.
- (b) En caso de fallecimiento, de investigar las circunstancias del fallecimiento, examinar el cadáver, solicitar una exhumación y practicar una autopsia.

5.1.6 Plazo de Prescripción: cumplido el plazo de dos (2) años después de la fecha del siniestro, La Compañía quedará libre de la obligación de pagar los beneficios correspondientes al mismo, a menos que se hubiese tramitado una acción judicial relacionada con la reclamación.

Las demás condiciones indicadas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, aplican de igual forma para esta cobertura.

5.2 Seguro de Accidentes Personales – Cobertura de Fallecimiento Accidental

Al ocurrir el fallecimiento accidental de una persona asegurada bajo esta póliza, siempre que éste suceda dentro de la vigencia de la póliza y por cuya cobertura se haya cobrado la prima acordada, La Compañía se compromete a pagar la suma asegurada al (a los) beneficiario (s) designado (s), o en su defecto a los herederos legales del asegurado fallecido, sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza.

Esta cobertura es opcional y para que el asegurado tenga derecho sobre la misma, debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

Consideraciones para esta cobertura:

5.2.1 Elegibilidad. La edad mínima de ingreso para la cobertura de vida es dieciocho (18) años, y la edad máxima de ingreso sesenta y cinco (65) años. La fecha de terminación automática de esta cobertura es al cumplir el asegurado setenta (70) años de edad.

5.2.2 Exclusiones. Esta cobertura no será aplicable a ningún hecho causado por o derivado directa o indirectamente de:

- (a) Suicidio, intento de suicidio o lesiones infligidas a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de enajenación mental o no.
- (b) Homicidio voluntario.

- (c) Los que sobrevengan al asegurado en estado de perturbación mental, desorden nervioso, a consecuencia de consumo de drogas, estupefacientes, embriaguez o sonambulismo.
- (d) Las lesiones causadas por el propio asegurado en su persona que resulten de prácticas higiénicas o de otra índole, como los actos de aseo, arreglos de uñas o extirpación de callos; así como las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que no hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto; las lesiones producidas por los rayos X, ni la consecuencia de la acción repetida de los mismos u otros y los de radio o materia radioactiva.
- (e) Los accidentes causados o provocados intencionalmente por el asegurado o por el beneficiario de la póliza, independientemente de que se encuentre en estado de enajenación mental.
- (f) Cualquier dolencia o lesión corporal, incapacidad, enfermedad o infección, que hubiere sido originada antes del inicio de vigencia de la cobertura, su último aumento de suma asegurada o de su última rehabilitación, estando el asegurado en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud.
- (g) Asfixia, o por haber ingerido cualquier clase de veneno o aspirado gases, voluntaria o involuntariamente.
- (h) Guerra civil o internacional, declarada o no, cualquier acto relacionado con ella, motín, huelga, duelo, desafío, riña, reyerta que asuma las proporciones o equivalga a un levantamiento popular o de las fuerzas armadas, insurrección, acto de rebelión, revolución, conspiración o poder militar usurpado, actos de terrorismo, ya sea con la participación directa o no del asegurado.
- (i) Servicio militar o naval en tiempo de guerra declarada o no, o en servicio de paz; o mientras el asegurado se encuentre bajo órdenes para acción bélica o restauración del orden público; servicio en cumplimiento de sus deberes con las Fuerzas Armadas; actividades policiales, de seguridad o de bombero; hallarse practicando un arresto como representante de la Ley.
- (j) Haber cometido o tratado de cometer algún delito, participación en asalto o crimen, violación a la ley o resistencia al arresto.
- (k) Viaje o vuelo en, o descenso de, cualquier aeronave si el asegurado es piloto o miembro de la tripulación, o esta dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucción, o si tiene cualquier deber a bordo de tal aeronave, vuelos charters, excepto si el asegurado es pasajero provisto de ticket en una aeronave comercial operada por una línea con horario regular.
- (l) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas por consecuencias de un accidente cubierto por el seguro.
- (m) La energía nuclear.
- (n) Epidemias, cualquier infección bacterial, excepto la resultante de lesión corporal externa y accidental.
- (ñ) Gastos de tratamiento o de atención o servicio médico, prestado por algún médico familiar del asegurado reclamante.

- (o) Certámenes o carreras de velocidad sobre ruedas, prácticas y competencias deportivas de alto riesgo, cualquier tipo de deporte que se practique en forma profesional. Actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave.
 - (p) Paracaidismo, alpinismo (cuando se necesite el uso de guías o cuerdas, o deportes invernales), navegación submarina, buceo, fútbol, polo, caza, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso derribo, y encierro de reses bravas. Todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
- 5.2.3 Disputabilidad de la cobertura de Fallecimiento Accidental. Aplican las mismas condiciones indicadas anteriormente en la cobertura de Fallecimiento.
- 5.2.4 Exámenes. Aplican las mismas condiciones indicadas anteriormente en la cobertura de Fallecimiento.
- 5.2.5 Plazo de Prescripción: Aplican las mismas condiciones indicadas anteriormente en la cobertura de Fallecimiento.

Las demás condiciones indicadas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, aplican de igual forma para esta cobertura.



SECCION II: CONDICIONES GENERALES

Artículo No. 6: Condiciones Generales

De conformidad con las informaciones ofrecidas por el asegurado o el contratante del seguro en la solicitud de seguro, La Compañía emite esta póliza y condiciona el cumplimiento de sus obligaciones siempre que se cumplan satisfactoriamente las siguientes Condiciones Generales:

- 6.1 **Declaraciones del asegurado, el tomador del seguro o contratante del seguro.** La Compañía acepta el seguro, y fija la prima basada en las declaraciones hechas por el asegurado, el tomador o el contratante del seguro en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento, de los cuales el asegurado o el contratante del seguro resulta solo y exclusivamente responsable. En consecuencia, el asegurado, el tomador o el contratante del seguro, no deben omitir circunstancia alguna relativa a los riesgos, ni sus familiares directos o derechohabientes pueden reclamar después del siniestro contra las enunciaciones de la póliza o fuera de ellas.
- 6.2 **Contratante o dueño de la póliza.** Para los efectos de esta póliza el contratante o dueño es el propio asegurado a menos que se indique de otro modo en la solicitud del seguro o se establezca mediante endoso.
- 6.3 **Inicio de Vigencia.** Una vez pagada la primera prima y entregada la póliza en vida y buena salud del asegurado, el período de vigencia de este contrato comienza desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de vigencia en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 6.4 **Terminación de Vigencia.** Esta póliza termina su vigencia a las cero (0) horas del día fijado como terminación de vigencia en las Condiciones Particulares.
- 6.4.1 Al vencer el primer período de vigencia o de cualquier período subsiguiente, esta póliza se terminará automáticamente, a menos que se renueve por un año o la fracción de año que corresponda, sujeto al pago de la prima correspondiente y a las condiciones de renovación de este contrato.
- 6.5 **Declaración errónea de edad.** La Compañía podrá impugnar el contrato en cualquier momento si en la fecha de inicio del seguro, el asegurado hubiere excedido la edad máxima de ingreso al seguro, conforme lo establece la Cláusula de "Elegibilidad". Es motivo de rescisión automática de la protección de la cobertura de seguro, que la edad real del asegurado se encuentre fuera del límite de aceptación, limitándose la obligación de La Compañía a la devolución de las primas pagadas en la fecha de rescisión.
- 6.5.1 En caso de que la edad declarada quedare dentro del límite de elegibilidad, y lo que proceda sea el cobro de una prima diferente, sea mayor o menor, La Compañía procederá a realizar el ajuste en las primas cobradas conforme corresponda.

- 6.6 Causales de Nulidad.** Esta póliza quedará automáticamente nula y rescindida, en caso de que La Compañía obtenga pruebas de la mala fe por parte del contratante de la póliza y/o asegurado al tiempo de celebrarse el contrato, de su rehabilitación, la inclusión de un asegurado, inclusión de coberturas o para solicitar un cambio de plan; por la inexacta declaración del contratante y/o asegurado, aún hecha de buena fe, siempre que pudiera influir en la estimación del riesgo; por la omisión u ocultación por el contratante y/o asegurado de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato, o por la presentación de pruebas falsas en caso de reclamación. La responsabilidad de La Compañía se limitará a devolver la prima que corresponda.
- 6.6.1** Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el contratante y/o asegurado han encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 6.7 Deducible.** El deducible debe ser pagado por el asegurado antes que La Compañía realice cualquier pago bajo los beneficios de este contrato póliza.
- 6.7.1** Aplica un (1) deducible por asegurado y por año calendario. En las pólizas familiares aplican máximo dos (2) deducibles por familia por año calendario.
- 6.7.2** Siempre que sean elegibles, los gastos incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año calendario (octubre – diciembre) y que hayan sido utilizados para satisfacer el deducible que corresponda al año en que se realiza el consumo, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año calendario.
- 6.8 Primas y Pago de Primas.** Esta póliza no será efectiva hasta que la misma haya sido entregada al contratante y la primera prima haya sido pagada a La Compañía durante la vida del asegurado.
- 6.8.1** El pago de la prima deberá ser hecho por el contratante cien por ciento (100%) y por adelantado previo al inicio de vigencia de la póliza en el domicilio de La Compañía, o a un agente local de la misma de acuerdo a la frecuencia de facturación y pago elegida por el contratante, y conforme lo establece la Ley de Seguros y Fianzas. No será válido el pago hecho a corredores de seguros, agentes u otras personas, si no están facultados expresamente por poder escrito por La Compañía para aceptarlo.
- 6.8.2** El pago de la prima implica la aceptación expresa por parte del asegurado, el tomador del seguro o el contratante del seguro, de las condiciones impresas y lo consignado en las declaraciones de la póliza, así como de todos los endosos y anexos efectuados a dicha póliza.

- 6.8.3 Mediante solicitud escrita aprobada por La Compañía las primas pueden pagarse de forma anual, semestral, trimestral o mensual, de acuerdo con las tarifas vigentes de La Compañía en la fecha de la póliza. La Compañía podrá en cualquier momento rescindir el contrato por falta de pago de prima, sin necesidad de dar aviso al contratante de la póliza.
- 6.8.4 La Compañía tendrá el derecho de cambiar la tarifa de primas o las bases sobre las cuales estas primas fueron calculadas: (a) en cualquier aniversario de la póliza; y (b) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce (12) meses, y siempre que La Compañía notifique el cambio de tarifa al asegurado con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento de prima. Las primas de esta póliza se calculan de acuerdo a las tarifas de La Compañía y aplican para cada persona asegurada.
- 6.9 **Período de Gracia.** La falta de pago de la prima de renovación y a partir de la fecha de su vencimiento, constituye un incumplimiento del contrato por parte del contratante de la póliza. La Compañía, concede un plazo de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del último día de la vigencia anterior pagada por el contratante de la póliza, durante el cual la póliza permanecerá en vigor, para el pago de cualquier prima que no sea la inicial, sin recargo de intereses.
- 6.9.1 Para el pago de las primas siguientes a la primera prima de emisión de la póliza, el plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venza cada una, considerando siempre que la vigencia anterior ha sido pagada por el contratante de la póliza. Si ocurriera una reclamación durante ese período de gracia La Compañía reconocerá los gastos elegibles, descontando del valor a pagar al asegurado la prima pendiente de pago para el nuevo período.
- 6.9.2 Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima por el contratante, caducarán de forma automática los derechos emergentes de esta póliza. Los derechos que esta póliza acuerda al asegurado o al contratante nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.
- 6.10 **Rehabilitación.** Dentro de un plazo de dos (2) meses después de cancelada la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía la rehabilitación de la misma. Si posterior a completar una nueva solicitud de seguro y proceder conforme los requisitos y normas de asegurabilidad de ésta se satisface a La Compañía en que el asegurado constituye entonces un riesgo asegurable de acuerdo con sus normas vigentes, la rehabilitación será concedida mediante el pago de todas las primas vencidas. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar esta solicitud de rehabilitar.

- 6.11 **Privilegio de Renovación.** Esta póliza se renueva en las condiciones técnicas y económicas que La Compañía determine, por períodos adicionales y consecutivos contados a partir de la expiración del anterior, mediante el pago de la prima de renovación que corresponda a cada nuevo período siempre y cuando:
- (a) No haya prima anterior en mora.
 - (b) La prima de renovación se pague dentro de los primeros treinta (30) días contados a partir de la expiración del período entonces en vigor.
- 6.12 **Comunicaciones.** Las comunicaciones a La Compañía se realizarán por escrito en el domicilio social de ésta. Las comunicaciones que se realicen en las sucursales u oficinas de La Compañía, surten los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente en la oficina principal de ésta.
- 6.12.1 Las comunicaciones efectuadas a La Compañía por el intermediario de seguros que medie en el contrato en nombre del asegurado o el contratante del seguro, surten los mismos efectos que si las realizara el propio asegurado o el contratante del seguro, salvo indicación en contrario escrita por éstos. Las comunicaciones al asegurado, tomador o al contratante del seguro, y al (los) beneficiario (s), se realizarán en el último domicilio del contratante que conste en los registros de la póliza.
- 6.12.2 El contrato de seguro redactado en la póliza, y todas sus modificaciones o adiciones deben ser formalizadas y comunicadas por escrito por La Compañía al asegurado, tomador o al contratante. El asegurado, tomador o el contratante del seguro, su intermediario y La Compañía, reconocen la validez de las comunicaciones realizadas mediante correos electrónicos, siempre que sea posible su impresión y las respectivas direcciones se hayan constar en un endoso.
- 6.13 **Modificaciones del Seguro.** Durante la vigencia de la presente póliza, el asegurado, tomador o el contratante del seguro podrán solicitar a La Compañía su modificación, quedando como facultad de esta última su aceptación.
- 6.13.1 Las estipulaciones de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endoso y previo acuerdo de La Compañía y del contratante o tomador. En consecuencia, ni los intermediarios, ni cualquier otra persona o entidad tiene facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones. Ninguna modificación realizada en esta póliza será válida a menos que dicho endoso esté firmado por el Presidente, Vicepresidente o persona designada por La Compañía para tales fines.
- 6.13.2 A partir del primer año de cobertura, durante la vigencia de la póliza el contratante o tomador podrá solicitar un cambio de plan y/o de la frecuencia del pago de las primas, sujeto a La aprobación de La Compañía. La aceptación por parte de La Compañía de una nueva forma de pago de prima constituirá un cambio en la forma de pago de las primas subsiguientes.

- 6.13.3 La inclusión de coberturas y el cambio de plan no previstos en forma automática, estarán sujetos a que el asegurado presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias para La Compañía. Siempre que en esta póliza se utilice o aparezca un pronombre en género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.
- 6.13.4 Cuando se trate de una póliza de grupo o colectiva, es responsabilidad exclusiva del contratante de la póliza notificar por escrito a La Compañía su solicitud de incluir o excluir empleados o personas a asegurar, al igual que incluir o excluir coberturas, solicitar cambio de plan o frecuencia de facturación y pago de las primas, o cualquier otro tipo de modificación.
- 6.13.4.1 La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar cualquier solicitud. La aceptación tendrá su efecto cuando La Compañía apruebe por escrito el cambio solicitado por el contratante. En caso de que el contratante de la póliza no cumpla con lo indicado anteriormente y con las normas de modificación de La Compañía, La Compañía queda liberada de toda responsabilidad sobre el riesgo en cuestión.
- 6.13.4.2 Las modificaciones deben ser remitidas por el contratante a La Compañía al domicilio de esta. Cuando se trata de pólizas colectivas o de grupo, en caso de ser aprobada la solicitud del contratante por La Compañía, esta tendrá efectividad en la fecha que indique La Compañía.
- 6.13.4.3 El contratante de la póliza se acogerá a la fecha de efectividad estipulada por La Compañía en cada solicitud de modificación, como una norma general y acostumbrada, conocida y aceptada por el contratante de la póliza.
- 6.14 **Designación de Beneficiario (s).** Si la cobertura de Fallecimiento o Fallecimiento Accidental fuera contratada bajo la presente póliza, el asegurado tendrá libertad para designar por escrito al (a los) beneficiario (s) de esta cobertura adicional, así como el (los) porcentaje (s) que le (s) corresponda(n), salvo que sus beneficios hayan sido formalmente cedidos por él con anterioridad.
- 6.14.1 Las clasificaciones permitidas por La Compañía serán: primer beneficiario, segundo beneficiario y tercer beneficiario, y podrá haber uno o más beneficiarios en cada una de estas clasificaciones. El nombre del (de los) beneficiario (s) se indica (n) en la solicitud o en cualquier notificación fehaciente hecha por escrito por el asegurado.
- 6.14.2 Cuando se tengan que efectuar pagos al beneficiario según esta póliza, se efectuarán sólo al primer beneficiario, si viven una o más personas incluidas en tal clasificación.

Si no, únicamente al segundo beneficiario, si vivieren una o más personas comprendidas en tal clasificación. Si no, solamente al tercer beneficiario, si vivieren una más de las personas en tal clasificación; si no, a los albaceas, administradores legales o cesionarios del asegurado.

6.14.3 Los derechos de cualquier beneficiario que fallezca antes que el asegurado, podrán ser sustituidos por el asegurado por cualquier otro nuevo beneficiario, o ser re distribuidos entre los beneficiarios existentes. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

6.14.4 Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el siniestro. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al asegurado.

6.14.5 Mientras viva, el asegurado podrá cambiar el beneficiario, a menos que la designación sea a título irrevocable. En dicho caso y siempre que tal designación conste en la póliza, se requerirá la expresa conformidad del beneficiario designado en la misma. Las cesiones a título oneroso quedan excluidas de la presente póliza.

6.14.6 Los cambios de beneficiarios se hacen mediante notificación escrita sin formalidad determinada, y entran en vigencia desde el día en que La Compañía emite el endoso correspondiente. La Compañía quedará liberada de su responsabilidad en caso de pagar el valor correspondiente al (a los) beneficiario (s) designado (s) en la póliza con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación escrita modificatoria de esa designación.

6.14.7 Todo beneficiario que reclame un interés bajo esta póliza entregará a La Compañía, pruebas fehacientes del fallecimiento de cualquier beneficiario cuyo derecho a los beneficiarios de esta póliza hubiere tenido prioridad sobre el suyo, y también pruebas de su propio derecho al interés que reclama. La Compañía quedará autorizada para pagarle al beneficiario que entregue dichas pruebas. cualquier acción de parte de otros que reclamen dicho interés, será únicamente contra la persona a quien La Compañía hubiere efectuado el pago.

6.15 Reclamaciones

6.15.1 Períodos de Espera. El asegurado tendrá derecho a los beneficios indicados en la presente póliza, siempre que se hayan cubierto los siguientes plazos de espera:

1. Cirugías Electivas: cuatro (04) meses.
2. Cobertura de Maternidad: diez (10) meses, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia para cada persona asegurada.

3. Cualquier otro servicio bajo esta póliza: sesenta (60) días, excepto para enfermedad o lesión que haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez posterior a la entrada en vigencia de la cobertura.

6.15.2 Pre-Certificación de Beneficios. Para recibir los beneficios bajo la presente póliza, el asegurado deberá solicitar a La Compañía una Certificación, para lo cual deberá notificar a La Compañía por sí mismo o por alguien actuando en su nombre, sobre su intención de utilizar los servicios médicos, con por lo menos siete (7) días laborables en caso de servicios que puedan ser programados con anticipación, y en caso de emergencia, dentro de setenta y dos (72) horas después de haber comenzado la condición que ameritó el tratamiento de la emergencia.

En caso de internamiento, La Compañía podrá requerir al asegurado su evaluación por facultativos designados por ella mientras dure el internamiento del mismo en el hospital, clínica o en su domicilio particular. También podrá citarlos al consultorio de sus facultativos para comprobar la procedencia y permanencia de los beneficios requeridos. Asimismo, podrá solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido al asegurado, pudiendo La Compañía disponer de las medidas que sean necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

Si La Compañía comprueba que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, La Compañía quedará libre de toda responsabilidad y el asegurado perderá su derecho a indemnización. En este caso, La Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza con efecto inmediato.

Si el asegurado no cumple con las disposiciones establecidas en este artículo, La Compañía después de analizar las circunstancias particulares del caso, pagará la indemnización que corresponda de acuerdo a lo previsto en las Condiciones Particulares de la póliza. La pre-certificación no garantiza o confirma los beneficios pagaderos bajo la presente póliza.

6.15.3 Otra cobertura de Seguro. En caso de que el asegurado posea cobertura de seguro bajo otra póliza que ofrezca los mismos beneficios cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados. Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deberán ser presentadas en primera instancia bajo la otra póliza que tenga suscrita el asegurado. Esta póliza solo pagará beneficios cuando los beneficios pagaderos bajo la otra póliza hayan sido pagados y agotados. La Compañía fungirá como primera aseguradora para reclamaciones fuera del país de residencia del asegurado, reservándose esta el derecho de recobrar el pago de cualquier otra aseguradora.

6.15.4 Segunda Opinión Quirúrgica Requerida. En caso de que a un asegurado le haya sido recomendada por un cirujano una cirugía que no es de emergencia, el asegurado debe notificarlo a La Compañía por lo menos con setenta y dos (72) horas antes de la fecha y hora programada para el procedimiento. Si a juicio de La Compañía, esta entiende que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, dicha segunda opinión debe ser realizada por un médico seleccionado por La Compañía. Si el resultado de la segunda opinión quirúrgica contradice la necesidad de realizar la cirugía, quedará a cargo de La Compañía una tercera opinión quirúrgica la cual debe ser realizada por un médico seleccionado por ésta.

Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de que se realice la cirugía, La Compañía pagará los beneficios que correspondan de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de la póliza. En caso de que el asegurado no obtenga una segunda opinión quirúrgica, este será responsable en adición al deducible que aplique, del treinta por ciento (30%) de los gastos cubiertos relacionados con la reclamación.

6.15.5 Exámenes. Durante el proceso de una reclamación, La Compañía se reserva el derecho de solicitar y realizar exámenes médicos al asegurado relacionados estos con la lesión o enfermedad de la cual proviene el reclamo, en el momento y con la frecuencia que ésta lo considere necesario. Los gastos de estos exámenes quedan a cargo de La Compañía.

6.15.6 Pruebas de Reclamación. El asegurado debe proporcionar a La Compañía, los documentos necesarios que esta requiera para formalizar la reclamación, cuando la misma sea bajo el esquema de reembolso, tales como: formulario de reclamación debidamente completado, recibos y comprobantes originales que amparen los gastos en que incurrió el asegurado.

Si el asegurado solicitare a La Compañía reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, sobre gastos médicos de servicios de hospitalización incurridos en República Dominicana o cualquier otro país excepto Estados Unidos de Norteamérica y Puerto Rico, éste debe presentar pruebas que demuestren fehacientemente la ocurrencia de tal servicio a través de presentación formal a La Compañía, incluyendo los comprobantes originales de pago por los servicios médicos y de hospitalización recibidos, toda la información relativa a las circunstancias que dieron lugar a los servicios cuyo reembolso se solicita, de conformidad con los formularios de reclamación que para estos fines le son facilitados por La Compañía, esto sin perjuicio de la Libertad Probatoria que de acuerdo con la Ley le asiste al asegurado.

Si el asegurado solicitare a La Compañía reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, sobre gastos médicos incurridos en Estados Unidos de Norteamérica, este deberá obtener de los proveedores de los servicios médicos los siguientes formularios:

- HCFA 1500 o CMS – 1500 (Health Insurance Claim Form) – Formulario que utilizan todos los proveedores en Estados Unidos de Norteamérica).
- UB-04 – (Hospital Claim Form) – Formulario que utilizan todos los hospitales en Estados Unidos de Norteamérica.
- O factura detallada que contenga las siguientes informaciones: nombre del paciente asegurado, fecha de nacimiento, nombre del proveedor, dirección, Tax ID, fecha en que se brindó el servicio, CPT Code (código de procedimiento), y ICD-9 (código de diagnóstico).
- En caso de accidente: facilitar a La Compañía una declaración detallando los datos relevantes con relación al accidente ocurrido y las circunstancias en que este se produjo.

6.15.7 Tiempo máximo para presentar reclamos. Las reclamaciones con fines de reembolso deben ser recibidas por La Compañía dentro de un plazo de tres (3) meses contados desde la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros fueron adquiridos. Transcurrido este plazo, La Compañía no aceptará la notificación de una reclamación y considerará como no elegibles los gastos presentados por el asegurado.

6.15.8 Terminación de la Cobertura después del vencimiento de la póliza. Si esta póliza fuere terminada por no renovación o cancelación por cualquier motivo, la cobertura para la persona asegurada terminará en la misma fecha de efectividad de la terminación de la póliza. La Compañía solamente será responsable por tratamientos o servicios que hayan sido recibidos por el asegurado antes de la fecha de la terminación, siempre que estos sean elegibles bajo los términos de la póliza.

6.15.8.1 Todo tratamiento o servicio que sea recibido por parte del asegurado en una fecha posterior a la fecha efectiva de terminación de la póliza, no tendrá cobertura por parte de La Compañía, independientemente de en que fecha se presentó por primera vez la condición o enfermedad, o la necesidad de tratamiento adicional que requiera la persona asegurada.

6.15.9 Límite de Responsabilidad. Los límites de responsabilidades indicados en las Condiciones Particulares, expresan con respecto al asegurado la cantidad máxima por la que responde La Compañía.

6.15.10 Subrogación. En caso de que el asegurado tuviere derechos de recuperar el costo de gastos médicos de otra persona o institución que fuere responsable del accidente o enfermedad ocasionados a su persona, La Compañía tendrá el derecho de subrogarse sobre el derecho de ese asegurado. La persona asegurada cooperará con La Compañía para que esta obtenga el reembolso requerido, considerando esto las informaciones que le solicite La Compañía, formularios de autorizaciones, cesión, u otro documento que le requiera La Compañía dentro del proceso de subrogación.

Sobre lo anteriormente indicado, el asegurado no tomará ninguna acción que pueda perjudicar los derechos e intereses de La Compañía.

- 6.15.11 Pagos en Exceso.** Si La Compañía determina que hizo un pago en exceso sobre los beneficios a los que tiene derecho el asegurado, esta podrá descontar dicho pago en exceso de los pagos futuros que tenga pendiente realizar a la persona asegurada.
- 6.15.12 Aviso y Prueba de Fallecimiento.** Aviso escrito del fallecimiento del asegurado debe presentarse a La Compañía, quien suministrará los correspondientes formularios e informará sobre los requisitos para presentar la prueba de fallecimiento.
- 6.15.13 Arbitraje.** Si surgiere algún desacuerdo entre el asegurado, el contratante, los beneficiarios o los herederos legales designados y La Compañía, quedará sometido independientemente de cualquier otra cuestión, al procedimiento de arbitraje descrito en la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana.
- 6.16 Normas Supletorias.** Para todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las leyes vigentes.
- 6.17 Acciones contra La Compañía.** El asegurado principal, o el tomador de seguro o contratante, los beneficiarios designados o los herederos legales, no podrá (n) ejercer ninguna acción contra La Compañía ante los tribunales correspondientes, si antes no cumple (n) con las disposiciones de las Condiciones Generales de la póliza.
- 6.18 Impuestos o Gravámenes.** Todos los impuestos y/o gravámenes a que esté sujeta la emisión de la póliza formarán parte de la prima, aún cuando se indiquen separadamente. En consecuencia cuando en esta póliza se usa el término prima, se entiende que incluye los impuestos y/o gravámenes. El pago del total de ambos (prima e impuesto o gravamen) es condición para la vigencia del presente contrato de seguro.
- 6.19 Liberalización.** Si durante el período en que la póliza esté vigente, son revisados mediante Ley o de otra manera, cualquiera de los endosos, reglamentos y regulaciones que afecten la misma a fin de extenderlos o ampliarlos sin recargo adicional de prima, tal extensión pasará al beneficio del asegurado o contratante del seguro.
- 6.20 Adhesión.** Si durante el período que la póliza esté vigente, son revisados mediante Ley, o de otra manera, las Condiciones Generales que afecten la misma, a fin de extenderlos o ampliarlos, sin recargo adicional de prima, tal extensión pasará al beneficio del asegurado o contratante del seguro.
- 6.21 Primacía.** Las condiciones de los endosos priman sobre el cuadro de las Declaraciones y Condiciones Particulares, las cuales, a su vez, priman sobre las Condiciones Generales.

- 6.22 **Sumisión.** En caso de acción judicial iniciada como consecuencia de la ejecución de la presente póliza, las partes reconocen y aceptan la competencia de los tribunales de sus respectivos domicilios dentro del territorio de la República Dominicana.
- 6.23 **Moneda.** Se conviene que todos los pagos que el contratante deba hacer a La Compañía o los que ésta tenga que hacer por reclamaciones o cualquier concepto sobre este contrato, deberá efectuarse en la moneda indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, conforme a la Ley monetaria vigente.
- 6.23.1 Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando la tasa de cambio publicada por el Banco Central de República Dominicana, vigente en el momento en que La Compañía efectúa el pago.
- 6.23.2 Se exceptúa de lo anterior los pagos de reclamaciones bajo el esquema de reembolso que deba realizar La Compañía al contratante de la póliza y que correspondan a consumos en República Dominicana, los cuales serán pagados al contratante en pesos dominicanos, moneda local.
- 6.24 **Participación en Utilidades.** La presente póliza no participa en las ganancias de La Compañía.
- 6.25 **Convenios no contemplados en la póliza.** No será válida ninguna convención especial estipulada verbalmente o por escrito entre el asegurado o el contratante del seguro y una persona diferente a La Compañía, a menos que dicha convención especial sea expresamente aceptada por escrito por La Compañía.
- 6.26 **Información Crediticia.** El asegurado o el contratante del seguro consiente que La Compañía pueda investigar y/o suministrar a los centros de información crediticia toda la información relacionada con su historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de su crédito con motivo de esta póliza.
- 6.27 **Información Médica.** El asegurado o el contratante del seguro autoriza expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que le haya atendido o haya sido consultada por el asegurado, para que suministre a La Compañía toda la información que ésta considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.
- 6.28 **Protección de Datos.** El asegurado o el contratante del seguro consiente que los datos que se obtengan en virtud de esta póliza pasarán a formar parte de un fichero propiedad de La Compañía y cuya finalidad es la gestión de la presente relación comercial, así como un fin operativo, estadístico y de valoración de riesgos. Los datos que se recaban son necesarios para la relación contractual y el no suministro de ellos significaría la imposibilidad de mantenerla.

- 6.28.1 El asegurado o el contratante del seguro queda informado y consiente que sus datos puedan ser utilizados por La Compañía para la contratación o aplicación a otros productos y servicios de la entidad, así como para el envío de ofertas comerciales, productos o servicios de seguros, personalizados o no, que comercialice o financie esta entidad o el Grupo al que pertenezca, incluso mediante la elaboración de perfiles, y que puedan ser de su interés. Este envío podrá efectuarse por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, correo electrónico, o cualquier otro medio telemático).
- 6.29 **Domiciliación Bancaria.** En el caso de domiciliación bancaria de las facturas generadas con motivo de la presente póliza, la prima se entiende pagada, salvo que intentado su cobro en la (s) fecha (s) acordada (s) no existan fondos suficientes en la cuenta designada.
- 6.29.1 En el caso de que La Compañía presente nuevamente el cobro y no existan fondos o no existan fondos suficientes en la cuenta designada, ésta tendrá la opción, no la obligación, de notificárselo al asegurado o al Contratante del Seguro para que pueda satisfacer su importe en el domicilio de La Compañía o en cualquiera de sus oficinas o sucursales.
- 6.30 **Terminación automática de la Cobertura.** La cobertura para cada persona asegurada terminará de forma automática:
- (a) Por el no pago de la prima por parte del asegurado principal o tomador de seguro o contratante, una vez vencido el plazo de gracia.
 - (b) Por revocación unilateral del asegurado principal o tomador de seguro o contratante, o por revocación de La Compañía.
 - (c) Al ocurrir el fallecimiento de la persona asegurada.
 - (d) Por terminación de la vigencia de la póliza.
 - (e) Cuando la persona asegurada alcance la edad de término indicada en la Cláusula de "Elegibilidad".
 - (f) Cuando la persona asegurada agote o consuma el total de la suma asegurada para gastos médicos mayores indicada como "máximo vitalicio".
- 6.31 **Cancelación del Seguro.**
- 6.31.1 Esta póliza puede ser cancelada en cualquier momento por el asegurado o el contratante de la póliza, mediante aviso por escrito a La Compañía con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación.
- 6.31.2 Esta póliza también puede ser cancelada en cualquier momento por La Compañía, mediante aviso por escrito a al asegurado y/o al contratante con por lo menos sesenta (60) días calendario de anticipación cuando:
- El asegurado cambia de ocupación o realiza alguna actividad o deporte que agrave el riesgo y/o que esté relacionada con algunas de las actividades excluidas expresamente en la presente póliza; ocupación, actividad o deporte que de haber sido declarada en el momento en que La Compañía realizara la

evaluación del formulario de solicitud de seguro, hubiera concluido en una limitación de la cobertura de seguro por parte de La Compañía.

- Cuando La Compañía recibe información de que el asegurado no es residente en República Dominicana.

6.31.3 Esta póliza podrá ser cancelada por La Compañía en cualquier momento y con efecto inmediato por:

- Falsa declaración, omisión o reticencia por parte del asegurado o el contratante de la póliza en la solicitud de seguro, o en las evidencias de asegurabilidad requeridas por La Compañía.
- Falta de pago de primas cumplido el plazo de gracia.
- Tratar de obtener cobertura por medio de dolo o fraude.
- Incluir como dependientes asegurados personas que no cumplen con la descripción establecida en la póliza para estos fines.
- Incumplimiento de las obligaciones derivadas de este contrato que corresponden al asegurado.
- Obtener servicios, prestaciones, recibir autorizaciones de cobertura alterando el carné, o prestando a otra persona el carné de seguro.
- Solicitar u obtener para sí servicios o prestaciones que no sean médicamente necesarios, haciendo un uso irracional de los mismos.

6.31.4 Si la cancelación de esta póliza fuere solicitada por el asegurado o el contratante del seguro, La Compañía devolverá la prima no devengada en base a la tarifa a corto plazo menos el valor de cualquier reclamación incurrida en ese período; y si fuere hecha a instancia de La Compañía, la devolución de la prima se hará a prorrata menos el valor de cualquier reclamación incurrida en ese período.

6.31.4.1 En caso de fraude o dolo, si el valor de las reclamaciones pagadas excediera el valor de la prima, el asegurado deberá reembolsar el exceso a La Compañía.



SECCION III: EXCLUSIONES GENERALES

Artículo No.7: Exclusiones Generales

Esta póliza no cubre beneficios por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros relacionados con:

- 7.1 Enfermedad o secuela de una condición pre-existente, que haya iniciado antes de la entrada en vigencia del presente seguro para cada persona asegurada. Las condiciones pre-existentes que el contratante de la póliza no reporte y por las cuales el asegurado solicite servicio en un futuro, resultarán en una negación de la cobertura o en la cancelación de la póliza con efectividad inmediata por parte de La Compañía. Sobre las condiciones y enfermedades pre-existentes declaradas en la solicitud de seguro, La Compañía se reserva el derecho de:
- (a) Excluir de forma permanente cualquier gasto o servicio bajo esta póliza, que este relacionado o sea una secuela de la condición pre-existente declarada.
 - (b) Excluir de forma temporal cualquier gasto o servicio bajo esta póliza, plazo que especificara La Compañía, donde luego de cumplido el mismo el asegurado tendrá cobertura para la condición pre-existente declarada.
 - (c) Declinar o posponer la inclusión del asegurado en la póliza.
- 7.2 El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier servicio o suministro:
- (a) Que no sea médicamente necesario.
 - (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado.
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor.
 - (d) Que esté relacionado con el cuidado personal.
 - (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de las instalaciones hospitalarias.
- 7.3 Servicios y tratamiento que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica donde se brindaron; tratamientos recibidos bajo internamiento y que pudieron recibirse de manera ambulatoria; tratamientos o servicios por los cuales el asegurado no está legalmente obligado a pagar, servicios prestados por el estado u otra organización o institución médica o de asistencia que no requiera pago alguno.
- 7.4 Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días desde la fecha de efectividad de la cobertura para cada persona asegurada en la póliza.

- 7.5 Servicios y cirugía electiva dentro de los primeros cuatro (4) meses, contados desde la fecha de ingreso de cada persona asegurada.
- 7.6 Gastos elegibles sometidos a La Compañía para su reembolso después de tres (3) meses de haber sido recibido los servicios.
- 7.7 Medicamentos que pueden obtenerse sin receta o de venta libre, medicamentos por receta que no fueron originalmente recetados mientras el asegurado estuvo hospitalizado, medicamentos por receta que no son indicados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria, medicamentos que excedan la cantidad razonable para el tratamiento.
- 7.8 Servicios o tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.
- 7.9 Servicios médicos prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina excepto los que están especificados en la póliza; que sean practicados por un paramédico, a menos que se determine lo contrario en la póliza; servicios en el curso del tratamiento o estudio relativo a una condición en específico que no le compete en la práctica de la especialidad médica del proveedor.
- 7.10 Servicios ambulatorios en República Dominicana: consultas médicas, rayos X, estudios de diagnósticos o estudios especiales, laboratorios, medicamentos, sala de emergencia en hospital o clínica. La sala de emergencias estará cubierta exclusivamente en los casos en que el asegurado sea internado en la clínica u hospital inmediatamente después de recibir la asistencia en emergencias. Se exceptúan de esta exclusión los servicios de Quimioterapia y Radioterapia, Cirugía Ambulatoria y Medicina Preventiva, que sí quedan amparados dentro de República Dominicana de forma ambulatoria.
- 7.11 Cualquier condición o enfermedad congénita o hereditaria, excepto como ha sido estipulado bajo las provisiones de esta póliza (excepto lo indicado en el Artículo 4.5 de "Enfermedades Congenitas y Hereditarias").
- 7.12 Cuidado o tratamiento, debido a enfermedades o lesiones auto inflingidas, suicidio, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, drogas, sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas, estando el asegurado en su sano juicio o no, incluyendo cualquier accidente resultante de los criterios anteriores.
- 7.13 Examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, chequeos médicos generales, a menos que el médico certifique que el tratamiento o servicio es médicamente necesario. Vacunas, exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para

trabajar o viajar. Costos de productos biológicos que sean inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgo ocupacionales. Este acápite no considera los servicios ofrecidos en el beneficio de "Medicina Preventiva" amparado bajo la presente póliza, sujeto a las condiciones de dicha cobertura.

- 7.14 Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
- 7.15 Cuidado podiátrico, servicio quiropráctico o cirujano ortopédico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos y pies débiles, pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
- 7.16 Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de los músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
- 7.17 Servicios dentales, los cuales no estarán amparados a menos que los mismos estén relacionados con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 7.18 Cirugía plástica o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión a consecuencia de un accidente, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. También se excluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por un accidente cubierto bajo esta póliza.
- 7.19 Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio, sea a través de dietas, inyecciones, ejercicios, medicamento o cirugías. Tratamientos y programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumento de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente que está en estado crítico.
- 7.20 Gastos relacionados con esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual

(exceptuando aquellas que son consecuencia de una enfermedad orgánica, o que ha sido causada por un accidente), desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente. Tratamientos, aparatos y recursos con fines anticonceptivos, excluyendo también los servicios hospitalarios y médicos necesarios para la inserción, remoción y complicaciones de éstos.

- 7.21 Tratamiento de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Síndrome Complejo Relacionado con el SIDA (ARC), y las enfermedades a consecuencia o relacionadas con el virus HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
- 7.22 Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.
- 7.23 Ginecomastia, mastopatía, calvicie.
- 7.24 Tratamientos relacionados con la estimulación del crecimiento óseo o con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón que genere la indicación médica.
- 7.25 Procedimientos de diagnóstico o tratamientos y servicios relacionados con desórdenes del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.
- 7.26 Suicidio, intento de suicidio, daños intencionales, daños auto inflingidos. Participación activa del asegurado en riñas, duelos, pleitos, desafíos.
- 7.27 Servicios médicos para tratamientos resultantes al cometer el asegurado un delito o intento de perpetrar, asalto o cualquier ofensa criminal o acto ilegal, incumplimiento de las leyes de República Dominicana o de cualquier otro país; servicios que surjan debido a guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra, o participación del asegurado en una revuelta o desorden civil, motin, huelga, reyerta.
- 7.28 Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
- 7.29 Tratamiento de cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional. Lesiones sufridas por el asegurado como consecuencia de la práctica de actividades y deportes que de forma irresponsable, por desconocimiento o circunstancias agravantes exponen la vida de la persona asegurada. Lesiones a consecuencia de transporte en avión, cuando las naves no están autorizadas para transportar pasajeros.

- 7.30 Tratamientos de crío-preservación o criogénéticos, o de implantación o re-implantación de células vivas. Tratamiento, servicio o suministro que no este científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición indicada, o que sea considerado experimental, para investigación o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos de América (FDA).
- 7.31 Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, del dolor o fisiología, o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 7.32 Prótesis, brazos u ojos artificiales, cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como: silla de ruedas, camas de hospital, respiradores, y cualquier otro equipo semejante aún cuando sean indicados por un médico. Artículos personales y de comodidad, tales como: radios, televisores, servicios de barbería o peluquería, alquiler o compra de aires acondicionados, purificadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio, o equipos similares de hospital para ser utilizados en la casa.
- 7.33 Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio (excepto lo indicado en el Artículo 4.7 "Atención Médica en el Hogar"), incluyendo, pero no limitado a, cuidados a largo plazo o cuidado de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas. Servicios, suministros y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros de tratamientos para cuidados geriátricos, hospicio, asilo, hogar de ancianos o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en la póliza, incluyendo pero no limitado a instituciones de cuidado a largo plazo, hidroclínicas, spas, independientemente de que el médico lo haya certificado como una necesidad médica.
- 7.34 Tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto. La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente, y así sea certificada por su médico tratante. Servicios médicos que resulten de cualquier embarazo de una hija dependiente elegible dentro de un plan familiar.
- 7.35 Trasplante de órganos no especificados en la descripción de la cobertura de "Trasplante de Organos" en el Artículo 4 "Beneficios".
- 7.36 Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por La Compañía.
- 7.37 Gastos incurridos por acompañantes del asegurado, mientras este se encuentre hospitalizado.
- 7.38 La admisión electiva (por decisión del asegurado) por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por La Compañía.

- 7.39 Complicaciones que sean a consecuencia de una cirugía o tratamiento médico que este relacionado con un accidente, enfermedad o condición excluida de la presente póliza.
- 7.40 Almacenamiento de médula ósea, células madres, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las provisiones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 7.41 Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro.
- 7.42 Servicios incurridos por ambulancia marítima.
- 7.43 Servicios médicos que se presten, a partir de la fecha en que este seguro ya no esté vigente.



Santo Domingo

Oficina Principal Tel.: (809) 562-1271

Oficina Santo Domingo Este Tel.: (809) 483-3636

Santiago Tel.: (809) 582-5188

San Francisco de Macorís Tel.: (809) 244-3444

La Romana Tel.: (809) 813-1212

Puerto Plata Tel.: (809) 244-4335

Bávaro Tel.: (809) 933-0900

www.mapfrehbd.com.do