

**ASISTENCIA DE
SALUD PREPAGADA** **CONDICIONES
GENERALES**

ÍNDICE

CONTRATO DE ADHESIÓN DE ASISTENCIA DE SALUD PREPAGADA

Condiciones Generales del Contrato

CLÁUSULA 1.	DEFINICIONES
CLÁUSULA 2.	OBJETO
CLÁUSULA 3.	COBERTURAS
CLÁUSULA 4.	NO RETROACTIVIDAD DE LAS COBERTURAS
CLÁUSULA 5.	DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS
CLÁUSULA 6.	PRESENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
CLÁUSULA 7.	EXCLUSIONES
CLÁUSULA 8.	PERÍODOS DE CARENCIA
CLÁUSULA 9.	OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE Y EL (LOS) BENEFICIARIOS
CLÁUSULA 10.	VALOR Y FORMA DE PAGO
CLÁUSULA 11.	INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) AL CONTRATO
CLÁUSULA 12.	ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL
CLÁUSULA 13.	PAGO DE LOS SERVICIOS
CLÁUSULA 14.	CARNÉS DE ASEGURADO
CLÁUSULA 15.	HISTORIA CLÍNICA
CLÁUSULA 16.	AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIO
CLÁUSULA 17.	VIGENCIA DEL CONTRATO Y CAMBIO DE TARIFAS
CLÁUSULA 18.	CAMBIO DE PLAN
CLÁUSULA 19.	CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO CON ALGÚN (O ALGUNOS) BENEFICIARIO(S)
CLÁUSULA 20.	MORA, SUSPENSIÓN DE SERVICIOS Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO
CLÁUSULA 21.	INTERESES DE MORA
CLÁUSULA 22.	CAMBIO DE DIRECCIÓN
CLÁUSULA 23.	ANEXOS
CLÁUSULA 24.	ACEPTACIÓN
CLÁUSULA 25.	RECLAMOS SOBRE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CLÁUSULA 26.	RESOLUCIÓN DE CONTRAVERSIAS
CLÁUSULA 27.	MODIFICACIONES AL CONTRATO
CLÁUSULA 28.	LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROS UNIVERSAL



CONTRATO DE ADHESIÓN DE ASISTENCIA DE SALUD PREPAGADA

Entre SEGUROS UNIVERSAL S. A. sociedad comercial constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, con asiento social y oficinas principales en la Avenida Winston Churchill No. 1100, Torre Universal, Evaristo Morales, Santo Domingo, con Registro Nacional de Contribuyentes No. 1-01-00194-1, que en adelante y para efectos de este contrato se denominará SEGUROS UNIVERSAL y el CLIENTE, que en adelante y para efectos de este contrato se denominará el CONTRATANTE, hemos celebrado el presente contrato de gestión para otorgar los beneficios de la cobertura de salud para la prestación de servicios y gastos médicos de los Planes de Salud de Medicina Prepagada contratados, que se rige por las siguientes cláusulas y, en lo no previsto en ellas, por las normas pertinentes a su materia. En lo sucesivo y a los fines del presente contrato cuando se haga referencia a SEGUROS UNIVERSAL y el CONTRATANTE conjuntamente se designarán como LAS PARTES:

PREAMBULO

POR CUANTO: SEGUROS UNIVERSAL es una entidad debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros para dedicarse a la contratación de seguros y reaseguros, bajo el amparo de la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana, pudiendo ofertar seguros de personas de acuerdo a lo estipulado en sus condiciones particulares del contrato.

CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES: Para los fines, el desarrollo y la interpretación del presente contrato, LAS PARTES adoptan de común acuerdo las siguientes definiciones:

1.1. ACCIDENTE: Suceso imprevisto, eventual y repentino, no provocado por el ASEGURADO o BENEFICIARIO, que le produzca una lesión o una enfermedad durante la vigencia del presente acuerdo.

1.2. ACCIDENTE DE TRABAJO: Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, la invalidez o la muerte. Es también Accidente de Trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, sin interrupciones o desviaciones voluntarias o evitables, dentro de la ruta y horario habitual. Este accidente también se denomina Accidente "In itinere". En la investigación se comprobarán siempre los argumentos presentados por el lesionado y serán válidos hasta demostrarse técnicamente lo contrario. No se consideran accidentes de trabajo:

1.2.1. El que se produzca por la ejecución de actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas o culturales, así se produzcan durante la jornada laboral, a menos que actúe por cuenta o en representación del empleador.

1.2.2. El sufrido por el trabajador, fuera de la empresa, durante los permisos remunerados o sin remuneración, así se trate de permisos sindicales.

1.3. ACCIDENTE DE TRÁNSITO: Suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo de motor, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, causa daño en la integridad física de una persona.

1.4. ACTO MÉDICO: La conducta de un médico u otro profesional de la salud, en ejercicio de su actividad profesional, adoptada para fines de control, diagnóstico de enfermedades o curación del (los) BENEFICIARIO(S).

1.5. ASEGURADO O BENEFICIARIO: Persona física que, habiendo sido aceptada por SEGUROS UNIVERSAL, tiene acceso a los beneficios y servicios de los Planes de Salud de Medicina Prepagada ofrecidos por SEGUROS UNIVERSAL, en virtud del presente contrato y sus anexos.

1.5.1. ASEGURADO TITULAR: Persona física que figura como asegurado principal y el cual puede incluir dependientes, siempre y cuando estos formen parte de su núcleo familiar.

1.5.2. ASEGURADO DEPENDIENTE: Es toda persona relacionada con el asegurado titular que puede ser incluido en la póliza bajo el grupo familiar, una vez aprobada dicha inclusión por parte de SEGUROS UNIVERSAL.

1.6. AÑO DE CONTRATO: Período de doce (12) meses contados desde el primer (1º) día de la fecha de vigencia del contrato.

1.7. APARATOS DE COMPLEMENTO TERAPÉUTICO: Elementos artificiales utilizados para mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.

1.8. ATENCIÓN AMBULATORIA: Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de un BENEFICIARIO no hospitalizado.

1.9. ATENCIÓN HOSPITALARIA: Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y tratamiento de un BENEFICIARIO hospitalizado.

1.10. ATENCIÓN INICIAL DE EMERGENCIAS: La atención inicial de la emergencia está compuesta por las siguientes tres actividades: 1) la realización de un diagnóstico, 2) la implementación de acciones tendientes a estabilizar los signos vitales y 3) la definición de una conducta médica a seguir, no la implementación de esta última.

1.11. AYUDANTÍA: Es la participación activa de uno o más médicos diferentes al médico tratante principal, en su calidad de ayudante(s) durante un procedimiento quirúrgico.

1.12. BENEFICIOS: Son los servicios y gastos médicos establecidos en las coberturas de los Planes de Salud de Medicina Prepagada.

1.13. BENEFICIOS OPCIONALES: Son aquellos beneficios adicionales asociados a las coberturas definidas en las condiciones particulares del contrato, tales como Transporte de Ambulancia, Servicios Odontológicos, Servicios Oftalmológicos, Coberturas de medicamentos ambulatorios, entre otros.

1.14. CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL: Intervención y/o tratamiento que se realiza, para procurar, sin fines de embellecimiento y/o adelgazamiento, la reparación funcional de una estructura anatómica lesionada.

1.15. COBERTURA: Es el conjunto de servicios a cuya prestación tienen derecho el (los) BENEFICIARIO(S) en virtud del presente contrato y sus condicionados. En ningún caso estarán incluidos dentro de la cobertura del contrato los servicios que no se mencionen expresamente ni aquellos que de conformidad con la Cláusula Séptima y demás disposiciones del presente contrato se encuentren excluidos. Las coberturas objeto del presente contrato son personales y por lo tanto intransferibles entre BENEFICIARIOS del contrato.

1.16. COBERTURA MÁXIMA: Es la máxima responsabilidad que SEGUROS UNIVERSAL asumirá bien sea en porcentaje y/o en límites, cobertura en días, número de consultas, sesiones y/o distancia, de acuerdo con los servicios utilizados por el (los) BENEFICIARIO(S).

1.17. COBERTURA EN EXCESO O COBERTURA GASTO CATASTRÓFICO: La cobertura en exceso o cobertura gasto catastrófico deberá ser contratada por EL (LOS) BENEFICIARIOS(S) como un beneficio opcional y quedará definida en las condiciones particulares. Esta cobertura aplicará cuando EL (LOS) BENEFICIARIO(S) haya(n) consumido el límite anual definido en el cuadro de beneficios y haya(n) acumulado en servicios el monto del deducible acordado en el plan contratado, en cuyo caso SEGUROS UNIVERSAL se obliga a otorgar los servicios de salud que se consignan a cargo de la cobertura en exceso, en porcentaje y en límites renovables anualmente.

1.18. CONDICIONES PARTICULARES O CUADRO DE BENEFICIOS: Es el conjunto de condiciones aplicables de manera específica que resume los aspectos relativos a cada contrato de forma que lo individualiza, tales como: datos particulares del contratante, número de contrato, inicio de vigencia, producto seleccionado, límites cuando aplica, porcentajes de cobertura, periodicidad de facturación.

1.19. CONSULTA MÉDICA: Es el acto médico realizado por un profesional de la salud en medicina general o especializada, en cualquiera de sus ramas, con el fin de evaluar, diagnosticar y tratar al BENEFICIARIO.

1.20. CONTINUIDAD: Es el reconocimiento del tiempo anterior a la vigencia del contrato con SEGUROS UNIVERSAL, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiere iniciado durante la vigencia del contrato anterior. Dicha continuidad deberá quedar expresamente consignada en las condiciones particulares del presente contrato.

1.21. CONTRATANTE: Toda persona física o jurídica que celebre el presente contrato para su beneficio individual mediante su propia inscripción como BENEFICIARIO y/o para el beneficio del (los) BENEFICIARIO(S) por él escogidos. El CONTRATANTE, salvo en los casos en los que en el contrato se encuentran obligaciones expresas a cargo de los BENEFICIARIOS, es el único responsable frente a SEGUROS UNIVERSAL por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el CONTRATANTE podrá convenir con SEGUROS UNIVERSAL modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del (los) BENEFICIARIO(S).

1.22. CO-PAGO: En el caso de que aplicare, se considerará Co-Pago al monto que deberá ser realizado por el ASEGURADO a los fines de cubrir parcialmente el costo de atención en salud, todo de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

1.23. CUADRO DE COBERTURA: Es el documento que detalla los beneficios cubiertos por el Plan de Salud de Medicina Prepagada por EL ASEGURADO.

1.24. DEDUCIBLE: Suma acordada entre el CONTRATANTE y SEGUROS UNIVERSAL que el ASEGURADO está obligado a pagar antes de hacer uso de la cobertura objeto del mismo en caso de que haya sido contratada.

1.25. DIRECTORIO MEDICO: Listado de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), el cual es proporcionado por SEGUROS UNIVERSAL. Dicho Directorio Médico está clasificado por producto, pudiendo ser modificado a su discreción en cualquier momento. SEGUROS UNIVERSAL publicará en los canales de información correspondientes el listado de los PSS de conformidad con el plan contratado.

1.26. ENDOSO: Es el acuerdo establecido en un contrato de seguros cuya cláusulas modifican, aclaran, dejan sin efecto parte del contenido o cualquier otra modificación de las condiciones generales o particulares.

1.27. ENFERMEDAD: Alteración o desviación del estado de salud de una o varias partes del organismo humano.

1.28. ENFERMEDADES RUINOSAS o CATASTRÓFICAS: Se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo.

1.29. ENFERMEDAD PROFESIONAL: Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional.

1.30. ENFERMERA AUXILIAR ACOMPAÑANTE: Técnica en auxiliar de enfermería, que cumpla con los requisitos legales exigidos para su ejercicio en República Dominicana.

1.31. EQUIPO QUIRÚRGICO: Es el grupo de profesionales (cirujanos de la misma u otra especialidad relacionada y/o médico ayudante de cirugía) que intervienen, al mismo tiempo, en un procedimiento quirúrgico.

1.32. ESTADO DE COMA: Condición en que se encuentra una persona que, como consecuencia de alguna enfermedad o accidente, presenta pérdida de la conciencia, en la cual la persona no responde a ningún estímulo externo.

1.33. ESTANCIA HOSPITALARIA: Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles para la atención de un paciente, y que requiere el uso de habitación hospitalaria.

1.34. EVENTO CATASTRÓFICO: Todo aquel evento de origen natural, o provocado por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supera la capacidad de adaptación de la comunidad en la que se produce y que la afecta en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.

1.35. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO: Son aquellos procedimientos sofisticados donde se acude al uso de tecnología o sustancias de última línea, aceptados por las sociedades especializadas, para facilitar la consecución de un diagnóstico al cual no se ha podido acceder mediante las pruebas o medios convencionales. Estos requieren autorización previa de SEGUROS UNIVERSAL para su realización, siempre y cuando hayan sido solicitados por el médico tratante adscrito.

1.36. FECHA DE CONTRATACIÓN: Es aquella en la que se firma o suscribe el contrato entre SEGUROS UNIVERSAL y el CONTRATANTE.

1.37. FECHA DE SOLICITUD: Es aquella en la que el CONTRATANTE presenta ante SEGUROS UNIVERSAL el formulario de solicitud debidamente completado, por medio del cual manifiesta su intención de contratar los servicios del Plan de Salud de Medicina Prepagada, para su beneficio y/o el de los BENEFICIARIOS sobre cuya inclusión realiza tal solicitud.

1.38. FECHA DE VIGENCIA DEL CONTRATO: Día, mes y año a partir del cual el presente contrato comienza a producir plenos efectos entre LAS PARTES contratantes y que aparece registrada en la parte correspondiente de las condiciones particulares del contrato.

1.39. FECHA DE VIGENCIA DEL BENEFICIARIO: Día, mes y año a partir del cual una persona es aceptada, mediante anexo que forma parte integrante del presente contrato, en calidad de BENEFICIARIO

del mismo, previa solicitud presentada por el CONTRATANTE y el cumplimiento de los requisitos exigidos por SEGUROS UNIVERSAL.

1.40. FISIOTERAPIA O TERAPIA FISICA: Actividad realizada por un profesional en fisioterapia, mediante el empleo de agentes físicos (luz, calor, agua, aire, ejercicios mecánicos) destinados a contribuir al tratamiento de una enfermedad.

1.41. HOSPITALIZACIÓN: Es la permanencia de un BENEFICIARIO en una institución hospitalaria y/o clínica, por un término superior a veinticuatro (24) horas o en el caso en que pernocte en ella, ya sea para tratamiento médico y/o quirúrgico.

1.42. INTERCONSULTA: Consulta especializada realizada a un BENEFICIARIO hospitalizado por un profesional en la medicina diferente al médico tratante con previa y expresa solicitud del médico tratante, que igual que el médico tratante debe ser parte de la red de PSS correspondiente al plan contratado.

1.43. LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA: Medios de diagnóstico (Laboratorios, Rayos X) diferentes a los exámenes especializados de diagnóstico, que sean solicitados por el médico tratante adscrito.

1.44. LEGISLACIÓN APLICABLE: LAS PARTES reconocen a la Ley No. 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana de fecha 26 de julio del 2002.

1.45. MECANISMO DE REEMBOLSO: Aplica cuando el ASEGURADO cubre los costos de los servicios de salud y SEGUROS UNIVERSAL le reintegra el valor aplicable de los gastos en que hubiere incurrido EL ASEGURADO por razón de los servicios prestados por un PSS no adscrito a la red del plan de salud contratado, de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con las prestadoras para este plan a la fecha de la prestación de los servicios; siempre y cuando el plan de salud del ASEGURADO así lo contemple y que se hayan cumplido con todas las condiciones establecidas en este contrato y sus anexos para la reclamación de dicho reembolso EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO deberá presentar factura en original, orden médica y resumen de la historia clínica.

1.46. MEDICAMENTOS: Es toda sustancia farmacológicamente activa o mezcla de éstas, con o sin adición de sustancias auxiliares, preparada para ser presentada como forma farmacéutica, que se utilice para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades, siempre que los mismos se encuentren autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes.

1.47. MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos de apoyo para el diagnóstico médico, que se emplean para el estudio de funciones o estructuras de órganos o sistemas específicos y que son utilizados como ayuda diagnóstica por el médico tratante.

1.48. MUERTE CEREBRAL: Es la cesación definitiva o irreversible de las funciones de todo el cerebro, incluyendo el tallo cerebral.

1.49. PERÍODO DE CARENCIA: Tiempo mínimo que debe permanecer vigente la afiliación del (los) BENEFICIARIO(S) en el contrato de Planes de Salud de Medicina Prepagada para tener derecho a la cobertura de algunos servicios. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual, es decir por cada BENEFICIARIO de acuerdo con la fecha de vigencia del mismo.

1.50. PLANES DE SALUD DE MEDICINA PREPAGADA: Productos comercialmente ofrecidos por SEGUROS UNIVERSAL, que constituyen la gestión para otorgar los beneficios de la cobertura de prestación de servicios con características propias de precio y esquemas de prestaciones de beneficios, a través de la red prestadora de servicios conforme la cobertura contratada y estipulada en las Condiciones Particulares.

1.51. PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (PSS): Son personas físicas, legalmente facultadas, o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios médicos ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de acuerdo a la Ley General de Salud, que preste directa o indirectamente los servicios de salud descritos en el presente contrato a el (los) BENEFICIARIO(S) y que sea parte de la red del Plan de Salud contratado y se encuentre vigente al momento de solicitar la prestación de los servicios requeridos por el (los) BENEFICIARIO(S).

1.52. PREEXISTENCIA: Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de vigencia del contrato o a la fecha de vigencia de la afiliación del (los) BENEFICIARIO(S), sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran preexistencias para los fines de este contrato. En todo caso se considera preexistencia toda lesión, condición o enfermedad que aparezca como antecedente en la historia clínica del BENEFICIARIO, sin importar si ha sido declarada o no, o si ha sido detectada o no en el examen médico de ingreso, si éste se hubiere realizado. Así mismo, se consideran como preexistencias todos los antecedentes declarados en el cuestionario de salud.

1.53. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO HOSPITALARIO: Es la intervención instrumental cruenta, total o parcial que se practica sobre el cuerpo humano para el diagnóstico o tratamiento, de las enfermedades, embarazo o accidentes y que requiere el uso de sala de cirugía y que adicional a la realización del procedimiento requiere estancia hospitalaria.

1.54. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIO: Es la intervención instrumental cruenta, total o parcial que se practica sobre el cuerpo humano para el diagnóstico o tratamiento, de las enfermedades, embarazo o accidentes, finalizada la cual y después de la recuperación, el beneficiario es dado de alta, sin requerir de estancia hospitalaria.

1.55. PROFESIONAL DE LA SALUD: Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de alguna de las ciencias de la salud y/o medicina en República Dominicana o que haya validado en este país el título obtenido en el extranjero y que además tenga vigente la autorización oficial para el ejercicio profesional en República Dominicana.

1.56. INTERMEDIARIO: Toda persona física o moral, autorizada por la Superintendencia de Seguros para actuar entre los asegurados y los aseguradores, con carácter de agente general, agente local, corredor de seguros, agente de seguro de personas, o agente de seguros generales; o para actuar entre los aseguradores y reaseguradores con carácter de corredor de reaseguros según fuere el caso, en virtud de la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la Republica Dominicana.

1.57. PRÓTESIS: Piezas y/o elementos artificiales o biológicos utilizables como reemplazo de un órgano, parte de un órgano o parte del cuerpo que sustituyan o complementen la función de un órgano o parte del mismo.

1.58. SERVICIOS MEDICOS: Son las actividades o actos médicos encaminados a la prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y/o mantenimiento del estado de salud del individuo.

1.59. SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA: Es el sistema organizado y establecido por SEGUROS UNIVERSAL en concordancia con las disposiciones legales vigentes, mediante el cual, en virtud de la gestión que realiza SEGUROS UNIVERSAL y previo el pago del precio convenido, el (los) BENEFICIARIO(S) obtienen por parte de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), la prestación de los servicios médicos curativos.

1.60. TARIFAS Y HONORARIOS MEDICOS (T.H.M.): Corresponde a las tarifas acordadas, mediante contratos de afiliación con las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), en la que se basará el pago de servicios y prestaciones de salud.

1.61. TERAPIA DEL LENGUAJE: Actividad realizada por un profesional en FONOAUDILOGÍA o terapia del lenguaje, destinada a contribuir en el tratamiento de las alteraciones del lenguaje.

1.62. TERAPIA OCUPACIONAL: Actividad realizada por un profesional, orientada a restaurar y reforzar las habilidades y funciones esenciales del paciente, que busca facilitar el aprendizaje con el fin de lograr una mejor adaptación y productividad, disminuir o corregir la patología y promover y mantener la salud del mismo.

1.63. TERAPIA RESPIRATORIA: Actividad realizada por un profesional en terapia respiratoria, destinada a colaborar con el tratamiento de las enfermedades respiratorias.

1.64. TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS: Se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo-efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo.

Se incluyen los siguientes:

- a. Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
- b. Diálisis para insuficiencia renal crónica,
- c. Trasplante renal, de corazón, de medula ósea, hígado, pulmón, páncreas y de córnea. (no están cubiertos los que no estén detallados en este punto.
- d. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- e. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, Incluye Accidentes Cerebro Vasculares, Aneurisma y todo tipo de tumor dentro o fuera del cráneo.
- f. Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- g. Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.
- h. Terapia en unidad de cuidados intensivos.
- i. Reemplazos articulares

1.65. URGENCIA O EMERGENCIA MÉDICA: Para los fines del presente contrato se definen de la siguiente manera:

1.65.1. URGENCIA: De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud es "la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema (alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica) de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia"; es decir, una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero en la que se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.

1.65.2. EMERGENCIA: "Es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano". Es decir, una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

CLÁUSULA SEGUNDA. OBJETO: SEGUROS UNIVERSAL, dentro del marco de las obligaciones, condiciones, términos, coberturas y exclusiones previstos en el presente contrato, se compromete, previo el pago de la prima convenida con el CONTRATANTE, a gestionar la prestación de servicios de salud que requiera(n) el (los) BENEFICIARIO(S), por parte de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y asumir directamente los costos que ellos impliquen de acuerdo con las condiciones particulares, generales, endosos, entre otros. Una vez EL ASEGURADO haya agotado la cobertura del Plan de Salud contratado, los costos de los procedimientos deberán ser pagados directamente por EL ASEGURADO a la PSS correspondiente, hasta la fecha de renovación del contrato.

EL ASEGURADO podrá hacer uso del mecanismo de reembolso, todo de acuerdo a lo estipulado en el numeral 1.45 de la Cláusula Primera del presente contrato.

CLÁUSULA TERCERA. COBERTURAS: Los servicios de salud que se encuentran cubiertos en virtud de lo dispuesto en el presente contrato son los que expresamente se especifican a continuación, los cuales serán prestados de conformidad con las condiciones generales establecidas en EL CONTRATO, en concordancia con la cobertura máxima establecida en los cuadros de beneficios de los planes seleccionados, anexos a este contrato.

Los límites de coberturas máxima establecidas para BENEFICIARIO(S) y/o Familias están descritos y definidos en los cuadros de beneficios anexos al contrato dentro de las condiciones particulares, los cuales se renuevan en cada anualidad del contrato, a excepción del tope de vacunas el cual está definido como límite vitalicio o de por vida

EL CONTRATANTE y/o el (los) BENEFICIARIO(S) deberán utilizar los servicios de salud amparados por virtud del presente contrato, por intermedio de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) pertenecientes a la red del plan de salud contratado y mediante autorización previa expedida, salvo en los servicios en que SEGUROS UNIVERSAL defina que no requieran autorización.

PÁRRAFO: La tecnología con la que se prestarán los servicios objeto de este contrato, es la que ha sido prevista para la elaboración de la nota técnica del mismo. La cobertura por la utilización de nuevas tecnologías implantadas en el país, será potestativa de SEGUROS UNIVERSAL, previo reconocimiento de las diferentes asociaciones médicas, así como del análisis costo - efectividad de las mismas; en consecuencia, en ningún caso, SEGUROS UNIVERSAL está obligada a su uso, reservándose por lo tanto, el derecho de asumir o no el costo de su utilización.

3.1. ATENCIÓN DE URGENCIAS y/o EMERGENCIAS: SEGUROS UNIVERSAL cubrirá el valor de los honorarios médicos, exámenes de diagnóstico (incluyendo medios de contraste y los materiales necesarios para su aplicación), medicamentos y materiales de tratamiento y/o curación suministrados al BENEFICIARIO durante su permanencia en la entidad hospitalaria de acuerdo con las condiciones, términos, y exclusiones previstos en el presente contrato.

En las ciudades donde existan PSS adscritas, la urgencia deberá ser atendida por éstas, salvo que el traslado a ellas amenace la vida o la integridad del BENEFICIARIO, caso en el cual éste podrá ser atendido en una PSS no adscrita y pagar a la institución el valor de los servicios, valor que podrá solicitar a SEGUROS UNIVERSAL mediante el mecanismo de reembolso, el cual se efectuará por parte de SEGUROS UNIVERSAL, de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con sus prestadoras para este plan a la fecha de la prestación de los servicios; sin embargo el BENEFICIARIO deberá ser trasladado a una PSS adscrita, cuando sus condiciones médicas lo permitan, a juicio de SEGUROS UNIVERSAL o de un médico adscrito a ella.

En las ciudades donde no haya una PSS adscrita, la urgencia podrá ser atendida por una PSS no adscrita y SEGUROS UNIVERSAL reintegrará al BENEFICIARIO el valor de los gastos mediante el mecanismo de reembolso.

El médico que atienda el caso en desarrollo del servicio, será quien diagnostique la dolencia que sufra el BENEFICIARIO y recomendará si el tratamiento a seguir ha de ser ambulatorio o precisa de hospitalización, sin perjuicio de la valoración que del diagnóstico y tratamiento a seguir efectúe el Departamento de Auditoría Médica y servicios médicos.

3.2 COBERTURAS AMBULATORIAS:

3.2.1. CONSULTAS: Consultas médicas general y especializada con las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) adscritas a la red del plan contratado, que atiendan de manera ambulatoria en consultorio al BENEFICIARIO, y cuya inscripción se encuentre vigente. **CONSULTAS PSICOLÓGICAS y/o PSIQUIÁTRICAS:** Se cubren hasta un máximo de 30 consultas psicológicas no acumulables para años siguientes. Para la utilización de los servicios de consultas psicológicas, consultas de ortóptica (incluye tratamiento órtoptico y pleóptico) y consultas de nutrición, se requiere previa remisión de un médico adscrito debidamente diligenciada y con previa autorización, reservándose por lo tanto, el derecho de asumir el costo o no de su utilización.

3.2.2. LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA: Se cubren los exámenes de laboratorio clínico y radiografías diferentes a los exámenes especializados de diagnóstico, en las PSS adscritas, previa autorización, siempre y cuando hayan sido solicitados por un médico tratante adscrito a la red de los planes de salud contratados.

3.2.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO: Exámenes complementarios y de diagnóstico ambulatorios, tomados y procesados en República Dominicana, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación, que puedan adquirirse en este país, previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL, siempre y cuando su práctica se realice a través de los prestadores adscritos al directorio médico. La cobertura de los costos que deriven de la utilización de anestesia general y salas especiales estará supeditada a un análisis de pertinencia médica que confirme la necesidad de la misma. En relación con los exámenes especializados de diagnósticos para VIH, se cubren únicamente la prueba de Elisa para VIH 1 y VIH 2 y la prueba confirmatoria WESTERN BLOT, según los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO. No se cubren los exámenes relacionados con el seguimiento de pacientes VIH POSITIVO / SIDA.

3.2.4. RIÑÓN ARTIFICIAL Y DIÁLISIS REVERSIBLE E IRREVERSIBLE: SEGUROS UNIVERSAL reconocerá por este concepto el valor de los servicios de diálisis, hemodiálisis y riñón artificial, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

3.2.5. CÁNCER: Se cubren los procedimientos para el tratamiento ambulatorio para el cáncer (quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia), al 80%. Con respecto a los medicamentos que requiera el BENEFICIARIO para el tratamiento ambulatorio para el cáncer, SEGUROS UNIVERSAL únicamente cubrirá, los productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales que se expendan en el mercado nacional, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO, dejando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

3.2.6. QUIMIOTERAPIA PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DIFERENTES AL CÁNCER. Cuando se requiera el procedimiento de quimioterapia para el tratamiento de enfermedades diferentes al cáncer, se reconocerá únicamente el valor de dicho procedimiento. No se cubre ningún producto farmacéutico requerido.

3.2.7. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS: Se cubren los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, que no generen estancia hospitalaria. Estos procedimientos se cubrirán de acuerdo con las exclusiones estipuladas en la Cláusula Séptima y los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

3.2.8. VACUNAS: Se cubren para Beneficiarios menores de 7 años solamente las vacunas contra BCG, Hepatitis A, Hepatitis B, Polio (Inyectado), Varicela, Triple Viral (SRP) Sarampión-Paperas-Rubeola, Pentavalente Difteria/Tosferina/Tetano (DPT)-HepB-Hib, Hexavalente DPT+POLIO+HIB+HIP B, DPT, Meningitis, Meningococemia AC/BC, Neumococo Neumo 23, Pevnar (Neumococo) 3 dosis, Vacuna de Influenza, Rota virus. Estas vacunas se cubrirán hasta el límite establecido en el (los) cuadro de beneficios (s) que forman parte del presente contrato.

3.2.9. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS: Siempre y cuando se relacionen directamente con las enfermedades cubiertas bajo este contrato, SEGUROS UNIVERSAL reconocerá por concepto de medicamentos ambulatorios, hasta la cobertura máxima establecido en el anexo de medicamentos ambulatorios seleccionado por el CONTRATANTE y definido en las condiciones particulares.

PÁRRAFO: Solo se cubrirán medicamentos ambulatorios de consecución en el mercado nacional y autorizado por la autoridad correspondiente.

No estarán cubiertos:

- Medicamentos prescritos en los consultorios particulares de las empresas.
- Medicamentos cuyas cantidades a simple apreciación, resulten exageradas o sobre indicaciones (tratamientos que superen los treinta días).

- Medicamentos para varios pacientes en una sola indicación.
- Los calmantes sin indicación. Así mismo, los materiales de curación, tales como: gasas, Z-O, algodón, agujas, alcohol, yodo, merthiolate; igualmente los lácteos y sus derivados, productos naturales, vacunas, anticonceptivos de cualquier tipo, jabones dermatológicos, cremas cosméticas, shampoo medicado, ungüentos mentolados, termómetros, jeringuillas o cualquier otro material u objeto similares.

3.3. COBERTURAS HOSPITALARIAS:

3.3.1. ATENCIÓN HOSPITALARIA: SEGUROS UNIVERSAL cubre los costos de hospitalización, tratamiento, honorarios intrahospitalarios del médico tratante y otros profesionales, medicamentos, terapias física, respiratoria, del lenguaje y ocupacional, material médico quirúrgico e insumos, medios complementarios y de diagnóstico especializados, incluyendo medios de contraste, exámenes auxiliares de diagnóstico y los materiales necesarios para su aplicación, suministrados durante la hospitalización. Estos procedimientos se cubrirán de acuerdo con las exclusiones estipuladas en la Cláusula Séptima y los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

3.3.1.1. HABITACIÓN HOSPITALARIA: Comprende los siguientes servicios básicos de hospitalización: médico hospitalario de piso, enfermera, auxiliar de enfermería, dotación básica de elementos de enfermería, material de curación, alimentación adecuada al estado del paciente (incluye sustancias de nutrición enteral o parenteral) y cuna complemento de cama obstétrica. Se excluye el uso de habitaciones nominadas, por el prestador, como Suite o Semi-Suite y camas de acompañantes.

3.3.1.2. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO (UCI): La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoría cardioscópica y de presión arterial, pulsoxímetro, cardiovector, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

3.3.1.3. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (Qx) PROGRAMADOS: Honorarios del Cirujano, Honorarios del Anestesiólogo y Honorarios de Ayudantía (en los casos requeridos).

3.3.1.4 DERECHOS DE SALA, ANESTESIA Y RECUPERACION: Cuando para la práctica de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos se utilice la sala de cirugía o la sala de partos, se reconocerán dichos servicios.

3.3.1.5. ALQUILER DE EQUIPOS ESPECIALES: Instrumentos que dan soporte tecnológico a las actividades médico quirúrgicas y que fueron utilizados en la elaboración de la nota técnica de este producto por ser tecnologías disponibles y comprobadas médicamente.

3.3.1.6. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNOSTICO: SEGUROS UNIVERSAL cubre los exámenes especializados de diagnóstico tomados y procesados en República Dominicana, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación, previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL.

3.3.2. TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE: SEGUROS UNIVERSAL reconocerá este servicio, siempre y cuando para el presente contrato se haya seleccionado el beneficio opcional de transporte terrestre y esté detallado en las condiciones particulares del presente contrato.

En el caso de los servicios de urgencias se reconocerá a través de un prestador del directorio mediante el mecanismo de reembolso.

3.3.3. TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA PARA ENFERMEDADES DIFERENTES AL CÁNCER: Cuando se requiera el procedimiento de quimioterapia para el tratamiento de enfermedades diferentes al cáncer, se reconocerá dicho procedimiento, así como los medicamentos requeridos, siempre y cuando no se trate de productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales que se expendan en el mercado nacional, ni los medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

3.3.4. RIÑÓN ARTIFICIAL Y DIÁLISIS: Este servicio cubre la diálisis y hemodiálisis intrahospitalarias, según los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO, para los casos de afecciones renales reversibles e irreversibles.

3.3.5. CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL: SEGUROS UNIVERSAL cubrirá este servicio, en la forma prevista en el numeral 1.14 de la Cláusula Primera del presente CONTRATO, siempre y cuando la cirugía plástica se requiera por causa de lesiones ocurridas con posterioridad a la fecha de vigencia del BENEFICIARIO, que hayan sido cubiertas por SEGUROS UNIVERSAL. Para que sea cubierta, la cirugía deberá cumplir la calidad de ser reparadora funcional. No se cubrirán cirugías reparadoras, en tanto las mismas no contribuyan a recuperar la funcionalidad de una estructura anatómica.

3.3.6 MATERNIDAD: El beneficio de maternidad cubre expresamente los siguientes servicios relacionados con la atención ginecoobstétrica hospitalaria para las beneficiarias y neonatal para el (los) recién nacido(s): Parto prematuro, parto a término o cesárea, aborto no provocado, atención al recién nacido en los términos definidos en el numeral 11.2 de la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales del CONTRATO y complicaciones del embarazo.

SEGUROS UNIVERSAL se obliga a cubrir los servicios relacionados anteriormente, para beneficiarias cuyos embarazos se inicien a partir de los 31 días del inicio de vigencia de la usuaria en el presente contrato.

3.3.7. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO: Se cubre para cada BENEFICIARIO en República Dominicana y de acuerdo con la oferta de servicios existente, tanto la hospitalización, como la modalidad de hospital día, la consulta psiquiátrica intrahospitalaria, la habitación en instituciones psiquiátricas y en unidades de salud mental, de cualquier tipo y nivel, y comprende además de los servicios básicos, terapia ocupacional, recreativa y de grupo, con una cobertura máxima de 30 días al año, no acumulable para vigencias siguientes.

3.3.8. TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES: Se cubre el valor de los tratamientos médico - hospitalarios y quirúrgicos para esta patología, así como las complicaciones que generen una hospitalización, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

Con respecto a los medicamentos que requiera el BENEFICIARIO para el tratamiento hospitalario del SIDA y sus complicaciones, SEGUROS UNIVERSAL únicamente cubrirá los productos farmacéuticos que se expendan en el mercado nacional, dejando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

3.3.9. CÁNCER: Se cubre el valor al 80%, de los tratamientos médico - quirúrgicos hospitalarios para esta patología, así como los gastos derivados de quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO. Con respecto a los medicamentos que requiera el BENEFICIARIO para el tratamiento hospitalario SEGUROS UNIVERSAL únicamente cubrirá los productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales que se expendan en el mercado nacional, dejando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

3.3.10. TRASPLANTE DE RIÑÓN: Se cubren los trasplantes de los siguientes órganos: riñón, corazón, médula ósea, hígado, pulmón, páncreas y de córnea. (No están cubiertos los que no estén detallados en este punto). Este servicio se cubrirá por una (1) sola vez de por vida por órgano, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

Se deja expresamente consagrado que en ningún caso SEGUROS UNIVERSAL cubrirá los gastos que el trasplante implique para el donante de riñón, tales como hospitalización, tratamiento y/o cirugía, sea el donante BENEFICIARIO o no. De igual forma, SEGUROS UNIVERSAL no se obliga, en ningún caso, a realizar la consecución del órgano por trasplantar ni a cubrir su valor.

3.3.11. TRASPLANTE DE CÓRNEA: Este servicio cubrirá por una (1) sola vez, por cada ojo de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

Se deja expresamente consagrado que en ningún caso SEGUROS UNIVERSAL cubrirá los gastos que el trasplante implique para el donante de córnea, tales como hospitalización, tratamiento y/o cirugía, sea el donante BENEFICIARIO o no. De igual forma, SEGUROS UNIVERSAL no se obliga, en ningún caso, a realizar la consecución del órgano por trasplantar ni a cubrir su valor.

3.3.12. ESTADO DE COMA: Si el BENEFICIARIO entra en estado de coma, SEGUROS UNIVERSAL cubrirá su hospitalización hasta por treinta (30) días al año, contados a partir del momento en que se declare por parte de los médicos tratantes el estado de coma. Dicho período de tiempo no es acumulable para años subsiguientes.

3.3.13. MUERTE CEREBRAL: Si se llegase a presentar muerte cerebral, SEGUROS UNIVERSAL cubrirá la hospitalización del BENEFICIARIO y los gastos que ella demande, hasta por dos (2) días, contados a partir del momento en que se declare por parte de los médicos tratantes la muerte cerebral.

3.3.14. PRÓTESIS Y/O MATERIAL DE OSTEOSINTESIS: Se cubren únicamente las siguientes prótesis: las prótesis de reemplazo articulares (hombro, cadera, rodilla y codo), stent sin medicamentos y lente intraocular. Estos servicios serán cubiertos a través del directorio médico cuando la PSS adscrita esté en capacidad de ofrecerlos o mediante el mecanismo de reembolso, hasta la cobertura máxima establecida en 15 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes por año de contrato, de acuerdo con la tabla de coberturas máximas relacionada en el numeral 3.6. de la presente cláusula. El Material de Osteosíntesis, excepto los tutores externos así como su adaptación o implantación, se reconocerá a través del directorio Médico cuando la PSS adscrita esté en capacidad de ofrecerlos, o mediante el mecanismo de reembolso, cuando se requiera para cirugías o procedimientos cubiertos en virtud del presente contrato.

PÁRRAFO PRIMERO: El límite previsto en Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes dentro de la tabla de coberturas máximas relacionada en el numeral 3.6. de la presente cláusula, comprende la suma global que SEGUROS UNIVERSAL reconocerá conjuntamente por las prótesis señaladas y por el material de osteosíntesis que el o los Beneficiarios, lleguen a requerir durante la vigencia de un año de contrato.

PÁRRAFO SEGUNDO: En todo caso, SEGUROS UNIVERSAL realizará el reembolso a que haya lugar cuando sea el caso, una vez el Beneficiario haya sido dado de alta de la cirugía o tratamiento médico hospitalario.

3.3.15. MALLAS PARA CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL: Se cubrirán las mallas requeridas para la corrección de defectos de

pared abdominal, a través del directorio médico cuando la PSS adscrita esté en capacidad de ofrecerlos o mediante el mecanismo de reembolso hasta la cobertura máxima establecida de 10 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes por año de contrato, de acuerdo con la Tabla de Coberturas Máximas relacionada en el numeral 3.6. de la presente cláusula bajo prescripción médica y previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL.

3.3.16. DISPOSITIVOS PARA CIERRES PERCUTÁNEOS PARA LA CORRECCIÓN DE DEFECTOS CARDIACOS: Se cubrirán a través del directorio médico cuando la PSS adscrita esté en capacidad de ofrecerlos o mediante el mecanismo de reembolso hasta la cobertura máxima establecida en 15 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes por año de contrato y de acuerdo con la tabla de coberturas máximas relacionada en el numeral 3.6. de la presente cláusula bajo prescripción médica y previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL. SEGUROS UNIVERSAL no cubre la reposición por daño del dispositivo.

3.3.17. TUBOS DE VENTILACIÓN TIMPÁNICA (DIÁBOLOS): Se cubren un par de tubos de ventilación timpánica (diábolos) por BENEFICIARIO por año de contrato, bajo prescripción médica y previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL, a través de una PSS adscrita al directorio médico.

3.3.18. POMEROY (LIGADURA DE TROMPAS): Este procedimiento quirúrgico se cubrirá a través del directorio médico cuando la PSS adscrita esté en capacidad de ofrecerlo, previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL y de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

Se deja expresamente consagrado que en ningún caso SEGUROS UNIVERSAL cubrirá los gastos ocasionados por procedimientos dirigidos a restablecer la permeabilidad de las trompas (recanalización).

Para los casos en los cuales la cobertura sea solicitada para ser realizada simultáneamente con la atención de parto o cesárea no se tendrá en cuenta el periodo de carencia estipulado en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO, siempre y cuando la usuaria tenga derecho a la cobertura de maternidad de acuerdo con las definiciones contenidas en el numeral 3.3.6 de la Cláusula Tercera.

3.3.19. VASECTOMIA: Este procedimiento quirúrgico se cubrirá a través del directorio médico cuando la PSS adscrita esté en capacidad de ofrecerlos, previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL y de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

Se deja expresamente consagrado que en ningún caso SEGUROS UNIVERSAL cubrirá los gastos ocasionados por procedimientos dirigidos a restablecer la permeabilidad del conducto deferente (vasovasostomía o recanalización).

3.3.20. CIRUGÍAS PARA CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL: Se cubrirá la corrección quirúrgica de la Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo exclusivamente cuando el defecto sea superior a cinco (5) dioptrías, en las PSS adscritas al directorio médico o mediante el mecanismo de reembolso, en las ciudades en donde no se pueda ofrecer el servicio, hasta la cobertura máxima establecida en 7 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, de acuerdo con la Tabla de Coberturas Máximas relacionada en el numeral 3.6. de la presente cláusula y previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL.

Este servicio se cubrirá como un solo evento y una (1) sola vez, por cada e incluye tecnología Láser convencional (Lasik o Lasek). Los estudios prequirúrgicos tales como las pruebas de Topografía Corneana Computarizada y Paquimetría Corneal tienen cobertura con previa autorización de SEGUROS UNIVERSAL.

3.5. COBERTURAS EN EXCESO: Cuando el (los) BENEFICIARIO(S) hayan consumido cualquiera de los límites anuales definidos en el cuadro de beneficios y haya acumulado en servicios el monto del deducible acordado en el plan contrato, SEGUROS UNIVERSAL se obliga a otorgar los servicios de salud que se consignan a cargo de la cobertura en exceso, en por ciento y en límites hasta el máximo de por vida definido en el plan.

3.6. COBERTURAS MÁXIMAS: SEGUROS UNIVERSAL se obliga a otorgar los servicios de salud que se designan en las condiciones particulares al (los) BENEFICIARIO(S) del plan de salud contratado, sin perjuicio de las exclusiones y períodos de carencia establecidos en el contrato, teniendo en cuenta la máxima responsabilidad que SEGUROS UNIVERSAL asumirá bien sea en por ciento y/o en límites, cobertura en días, número de consultas, sesiones y/o distancia, de acuerdo con los servicios utilizados por el (los) BENEFICIARIO(S) y previa autorización, excepto cuando se trate de urgencias, consulta médica general y especializada y exámenes de laboratorio e imagenología ambulatoria no sometidos a este requisito.

3.7. BENEFICIOS DUPLICADOS: Los beneficios de este contrato no se duplicarán con respecto a los beneficios de cualquier otro plan de salud individual y/o colectivo, local o internacional en el cual el (los) BENEFICIARIO(S) sea(n) elegible(s). Los beneficios cubiertos bajo este contrato se reducirán cubriendo la diferencia con el otro contrato de forma tal que nunca exceda la cobertura máxima de este contrato, ni los montos estipulados en las Tarifas y Honorarios Médicos vigentes en SEGUROS UNIVERSAL.

CLÁUSULA CUARTA. NO RETROACTIVIDAD DE LAS COBERTURAS: Las coberturas previstas de manera taxativa en el presente contrato operan hacia el futuro, es decir a partir de la fecha de vigencia de la afiliación del (los) BENEFICIARIO(S). Ninguna cobertura tendrá aplicación en oportunidad anterior a la establecida.

SEGUROS UNIVERSAL podrá, sin estar en todo caso obligada a ello, reconocer continuidad, de acuerdo con la definición expresada en

este contrato y los soportes definidos tales como certificaciones de aseguradores anteriores, entre otros, a algún(os) BENEFICIARIO(S), decisión que deberá quedar consignada en las condiciones particulares del contrato

CLÁUSULA QUINTA. DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS:

SEGUROS UNIVERSAL sólo se obliga a cubrir exclusivamente los gastos por los servicios incluidos dentro de la cobertura del Plan de Salud de Medicina Prepagada contratado. En este orden de ideas, los servicios considerados como exclusiones previstas en el presente contrato o cualquier otro servicio no previsto en el mismo, no generan obligación alguna para SEGUROS UNIVERSAL y en caso de haber sido prestados, su valor deberá ser asumido por el CONTRATANTE o el BENEFICIARIO ante el profesional o la entidad correspondiente.

CLÁUSULA SEXTA. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: Los servicios cubiertos por este contrato, serán prestados exclusivamente por los profesionales y entidades que estén adscritos al directorio médico y que su afiliación esté vigente al momento de la prestación del servicio.. Por tanto SEGUROS UNIVERSAL no cubrirá gasto alguno por los servicios y los tratamientos prescritos o realizados por profesionales o entidades no adscritos, salvo en los casos que se encuentren expresamente mencionados en las condiciones particulares del presente contrato. En los casos en que opere el mecanismo de reembolso, SEGUROS UNIVERSAL reconocerá los gastos en que haya incurrido el (los) BENEFICIARIO(S) hasta las coberturas máximas establecidas en el contrato y de acuerdo a la tabla de Honorarios Médicos vigentes para los profesionales adscritos.

Para efecto de reembolsos a los que haya lugar, en virtud de lo consignado en los numerales 3.1. Atención de urgencias; 3.2.8. Vacunas; 3.3.2. Traslado en ambulancia terrestre; 3.3.14. Prótesis y/o Material de osteosíntesis; 3.3.15. Mallas para cirugía de pared abdominal; 3.3.16. Dispositivos para cierres percutáneos para la corrección de defectos cardíacos; 3.2.9. Medicamentos ambulatorios pre - hospitalarios y post - hospitalarios; 3.3.20. cirugías para corrección de defectos de refracción visual; y en general, para todos los casos en que de conformidad con las condiciones contractuales, SEGUROS UNIVERSAL deba realizar un reembolso al BENEFICIARIO, el CONTRATANTE o EL BENEFICIARIO según el caso, deberá solicitar a SEGUROS UNIVERSAL expresamente y por escrito el reembolso correspondiente, de los gastos incurridos, indicando su valor y los servicios prestados y anexando a la solicitud las facturas en original expedidas por la entidad que hubiere atendido el servicio con el respectivo soporte de pago, fotocopia de la cédula, fotocopia del carné que lo acredita como ASEGURADO, fotocopia del resumen de atención médica correspondiente para efectos de auditoría médica, en los casos en que ésta se requiera. Dicha solicitud deberá efectuarse por parte del CONTRATANTE y/o el Beneficiario en un término máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que el Beneficiario haya recibido el servicio, vencido el término anterior SEGUROS UNIVERSAL no estará obligada a reintegrar o rembolsar, según sea el caso, los valores solicitados.

Si se comprueba que para acreditar el derecho al pago de los reembolsos, según sea el caso, se presentaron documentos adulterados o fraudulentos o de alguna otra manera se falseó la verdad, SEGUROS UNIVERSAL quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y el CONTRATANTE perderá todo derecho al pago del reembolso, según sea el caso, siendo además causal de terminación automática del presente contrato.

SEGUROS UNIVERSAL en ningún caso cubrirá el valor de los siguientes servicios prestados por fuera de las PSS adscritas: exámenes de control o de rutina; servicios cuya realización haya sido previsible por el BENEFICIARIO o su médico, antes del traslado de aquel a un lugar donde no hayan PSS adscritos a la red del plan contratado y en general, cualquier servicio que no corresponda a una urgencia en los términos del presente contrato.

CLÁUSULA SÉPTIMA. EXCLUSIONES: SEGUROS UNIVERSAL no expedirá autorizaciones ni asumirá costo alguno en relación con los servicios de salud, procedimientos y/o servicios complementarios que se requieran o hayan sido prestados a un BENEFICIARIO, incluso en los casos de urgencias, por causa o como consecuencia de los casos que a continuación taxativamente se relacionan:

7.1. PREEXISTENCIAS, de acuerdo con la definición establecida en el numeral 1.52 de la Cláusula Primera del presente CONTRATO, así como las malformaciones y anomalías congénitas y/o hereditarias. Esta exclusión opera incluso tratándose de urgencia médica, salvo lo consagrado en la Cláusula Décima Primera numeral 11.2 inciso primero del presente CONTRATO (inclusión y cobertura del bebé en gestación y del recién nacido).

7.2. Hidroterapia, celuloterapia, puvoterapia, mesoterapia, curas de sueño, reposo o similares y/o somnoplastia, tratamientos médicos y quirúrgicos para la obesidad o el adelgazamiento, tratamientos de rejuvenecimiento, cosmetología y cámara hiperbárica, así como tratamientos médicos alternativos (Homeopatía, acupuntura, bioenergética, excepto la consulta médica cubierta a través de médicos adscritos al directorio médico del plan de salud contratado. y todos aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que no hayan sido homologados y/o avalados por las asociaciones médicas reconocidas en el país.

7.3. Exámenes y/o hospitalización para Chequeos Ejecutivos, exámenes para certificados médicos, hospitalización para cirugías o tratamientos que puedan realizarse en forma ambulatoria.

7.4. Psicoterapia ambulatoria individual, familiar o grupal.

7.5. Enfermedades profesionales y lesiones provenientes de accidentes de trabajo.

7.6. Afecciones y/o traumas dentales, alveolares o gingivales, así como las complicaciones derivadas de tratamientos odontológicos. SEGUROS UNIVERSAL en ningún momento y bajo ninguna modalidad cubrirá el suministro de prótesis dentales ni su implantación.

7.7. Abortos provocados y secuelas o complicaciones de los mismos.

7.8. Suministro de medicamentos comercializados o no en República Dominicana en tratamiento ambulatorio, excepto lo consagrado en la Cláusula Tercera numeral 3.2.9. El suministro de medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico para el tratamiento intrahospitalario y/o ambulatorio, para cualquier tipo de patología.

7.9. Conductas terapéuticas y/o procedimientos médico quirúrgicos no aprobados por las diferentes asociaciones médicas existentes en el país.

7.10. Todo tipo de aparatos de complemento terapéutico, tales como, órtesis, bragueros, inmovilizadores, estructuras de soporte para caminar, sillas de ruedas, muletas, corsés, fajas, medias antiembólicas ambulatorias, audífonos, lentes para anteojos, cualquier tipo de calzado ortopédico, plantillas, entre otros, así como los tutores externos, ni la adaptación y/o implantación de los mismos.

7.11. Todo tipo de prótesis, salvo lo dispuesto en la Cláusula Tercera numeral 3.3.14.

7.12. Todo tipo de dispositivos como válvulas, implantes de derivación, marcapasos.

7.13. Todo tipo de mallas, excepto las especificadas en el numeral 3.3.15. de la Cláusula Tercera

7.14. Todo tipo de filtros vasculares e injertos artificiales o injertos provenientes del banco de huesos (tejido y piel).

7.15. Servicios médicos relacionados con la inmunoprevención, inmunoterapia, autovacunas, así como pruebas de alergias o evaluación del sistema inmunitario y otras relacionadas con otros tipos de alergias, excepto las especificadas en el numeral 3.2.8. de la Cláusula Tercera.

7.16. Fertilización o esterilización femenina o masculina, inseminación artificial, tratamientos y estudios complementarios de fertilidad o infertilidad, métodos de planificación familiar y tratamientos de regulación, así como sus consecuencias patológicas. excepto las especificadas en el numeral 3.3.18. y 3.3.19. de la Cláusula Tercera, con las limitaciones que en los numerales mencionados, se establecen.

7.17. El costo de la sangre, sus derivados y análisis necesarios, todo lo cual estará a cargo del CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO

7.18. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por causa o como consecuencia de alcoholismo o drogadicción, así como las enfermedades y/o accidentes producidos por encontrarse el (los) BENEFICIARIO(S) en estado de embriaguez o bajo los efectos de haber consumido bebidas embriagantes o estupefacientes. Se considera válida la información suministrada por las Prestadoras de Servicios de Salud, aunque no se realicen las pruebas.

7.19. Exámenes diagnósticos para estudios genéticos, excepto cuando se trate de bebés en gestación según lo consignado en el numeral 11.2. de la Cláusula Décima Primera.

7.20. Tratamiento y Exámenes Ambulatorios para el VIH / SIDA, excepto los exámenes de diagnóstico mencionados en el numeral 3.2.3. de la Cláusula Tercera.

7.21. Intento de suicidio y lesiones autoprovocadas deliberadamente por el BENEFICIARIO, así como las enfermedades y/o lesiones que sean consecuencia de lo anterior, o las que se produzca el BENEFICIARIO encontrándose en estado de enajenación mental temporal o permanente, incluyéndose dentro de estas lesiones las originadas por la negligencia en el cumplimiento de las prescripciones médicas indicadas por el médico tratante.

7.22. Lesiones originadas en riñas en que participe el BENEFICIARIO habiéndolas o no ocasionado.

7.23. Lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente por eventos catastróficos de origen natural, o provocado por el hombre en forma accidental o voluntaria, tales como temblor, terremoto, huracanes, ciclones, derrumbe, inundación, energía atómica, guerra (sea o no declarada), conmoción civil, revolución, asonada, actos terroristas provocados por explosión de artefactos explosivos o acciones terroristas de cualquier otra naturaleza, secuestro y participación activa en huelgas o motines o comisión de delitos.

7.24. Enfermedades transmisibles que sean declaradas como epidemias por la Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

7.25. Corrección para defectos de refracción visual diferentes a la miopía, hipermetropía y astigmatismo; suministro de anteojos y/o lentes, el diagnóstico, seguimiento y tratamiento quirúrgico del Queratocono, y exámenes especializados para el estudio de defectos de refracción visual, excepto los exámenes prequirúrgicos especificados en el numeral 3.3.20. de la Cláusula Tercera; complicaciones derivadas de la cirugía para la corrección de la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo; cirugía facorefractiva, ni la cirugía refractiva personalizada.

7.26. Cirugías plásticas, y sus complicaciones, así como también los exámenes de diagnóstico o seguimiento de las mismas, salvo aquellas que se realizan para procurar, sin fines de embellecimiento y/o adelgazamiento, la reparación funcional de una estructura anatómica lesionada, según lo anotado en el numeral 3.3.5. de la Cláusula Tercera del presente contrato.

7.27. Llamadas de larga distancia, comidas extras, elementos de uso personal, toallas higiénicas, jabones, biberones, pañales, servicio de cafetería, y demás servicios no amparados expresamente.

7.28. Quedan excluidos todos los servicios de salud, procedimientos y/o intervenciones recibidos fuera del territorio nacional.

7.29. Todos los servicios de salud y complementarios, procedimientos y/o intervenciones no incluidos dentro las coberturas mencionados por virtud del presente contrato.

CLÁUSULA OCTAVA. PERÍODOS DE CARENCIA:

Para los Planes de Medicina Prepagada en los servicios y/o coberturas aplican los periodos de carencia como se especifican a continuación:

SERVICIOS	INICIO DE BENEFICIOS
Atención ginecobstétrica ambulatoria y hospitalaria.	A partir de los treinta y un (31) días, contado a partir de la fecha de vigencia de la (las) usuaria(s), siempre y cuando se trate de embarazos iniciados después de dicho periodo.
Tratamiento psiquiátrico hospitalario.	A partir del último día del sexto (6) mes, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S).
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento hospitalario y ambulatorio para el cáncer: quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia. Tratamiento hospitalario y ambulatorio para enfermedades que requieran de quimioterapia, diferentes al cáncer. Tratamiento médico y/o quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, incluye accidentes cerebro vasculares, aneurisma y todo tipo de tumor dentro o fuera del cráneo. Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor. Reemplazos articulares. Tratamiento hospitalario para el SIDA y sus complicaciones. Pruebas diagnósticas para VIH I y VIH II, al igual que el confirmatorio Western Blot. 	A partir del último día del décimo segundo (12) mes, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S).
Cirugías para corrección de defectos de refracción visual.	A partir del último día del tercer (3) año, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S).
<ul style="list-style-type: none"> Trasplante renal, de corazón, de medula ósea, hígado, pulmón, páncreas y de córnea. (no están cubiertos los que no estén detallados en este punto). Diálisis Renal hospitalaria y ambulatoria para afección crónica e irreversible. A partir del último día del tercer (3) año, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S) Y/O BENEFICIARIO(S). Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas. 	A partir del último día del tercer (3) año, contados a partir de la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S) Y/O BENEFICIARIO(S).
Cirugías Electivas.	A partir del último día del sexto (6) mes contado a partir de la fecha de vigencia del CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO(S).

CLÁUSULA NOVENA. OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE Y EL (LOS) BENEFICIARIO(S):

9.1. A CARGO DEL CONTRATANTE: EL CONTRATANTE se obliga con SEGUROS UNIVERSAL a:

9.1.1. Declarar y contestar en forma completa y veraz, en el cuestionario de salud que le sea requerido, el verdadero estado de salud y las demás preguntas en él contenidas, en relación con la(s) persona(s) en favor de quienes contrata como BENEFICIARIO(S), cuando éstas sean incapaces relativos o absolutos en los términos legales, siempre y cuando sea su representante legal; en caso contrario, tal declaración y firma la deberá efectuar quien ostente la calidad de representante legal.

9.1.2. Pagar de manera anticipada el valor del presente contrato, según lo consagrado en la Cláusula Décima del presente contrato.

9.1.3. Reintegrar a SEGUROS UNIVERSAL dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que ésta lo solicite, el valor de los servicios prestados cuando dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la prestación de algún servicio, SEGUROS UNIVERSAL verifique que el respectivo BENEFICIARIO no tenía derecho a tales servicios según los términos, condiciones, coberturas, limitaciones y/o exclusiones pactados en el presente contrato. Dicho término de ciento veinte (120) días, tendrá plena validez, siempre y cuando la consecución de los antecedentes necesarios sea del resorte exclusivo de SEGUROS UNIVERSAL, toda vez que de lo contrario, SEGUROS UNIVERSAL tendrá la posibilidad de solicitar el reembolso mientras el presente contrato se encuentre vigente. En todo caso SEGUROS UNIVERSAL podrá reclamar los reembolsos solicitados por vía judicial y sin necesidad de requerimiento previo alguno, por lo que el CONTRATANTE renuncia a todo tipo de requerimiento, pudiendo SEGUROS UNIVERSAL iniciar la acción ejecutiva para el recaudo de los valores a reintegrar por servicios prestados a los que no tenía derecho, o por el pago de cuotas devengadas y no pagadas cuando a ello haya lugar. Para efectos del cobro judicial de estas obligaciones, el presente contrato prestará mérito ejecutivo, junto con la liquidación que del costo de dichos servicios realice SEGUROS UNIVERSAL.

9.1.4. Pagar la totalidad de los impuestos que graven o lleguen a gravar el presente contrato.

9.1.5. El CONTRATANTE se obliga con SEGUROS UNIVERSAL, en caso de accidente, a realizar las gestiones judiciales y extrajudiciales tendientes a reclamar contra el tercero causante del accidente, cualquier tercero civilmente responsable o la compañía de seguros correspondientes, el importe total de los gastos en que haya incurrido SEGUROS UNIVERSAL, como consecuencia de la atención prestada al BENEFICIARIO accidentado, dentro de las condiciones, términos, coberturas y exclusiones previstos en el presente contrato. En caso de que EL BENEFICIARIO o EL CONTRATANTE obtengan indemnización de parte de los responsables o de cualquier

persona o entidad, por concepto de los gastos médico asistenciales asumidos por SEGUROS UNIVERSAL, deberá entregar a esta última tal indemnización, inmediatamente y hasta concurrencia de los gastos asumidos. EL CONTRATANTE declara expresamente que, sin perjuicio de las obligaciones asumidas por virtud del contrato, subroga voluntariamente a SEGUROS UNIVERSAL en todos los derechos y acciones que puedan corresponderle como acreedor en el evento citado, en todo de acuerdo con el artículo 1669 del Código Civil, para efectos de lo cual suministrará a SEGUROS UNIVERSAL la información y documentos que ésta requiera para la realización de los trámites correspondientes.

9.1.6. Todas las demás que en su calidad de BENEFICIARIO le sean aplicables de conformidad con el numeral 9.2 de la Cláusula Novena de este contrato.

9.2. A CARGO DEL (LOS) BENEFICIARIO(S): EL (LOS)

BENEFICIARIO(S) se obliga(n) para con SEGUROS UNIVERSAL a:

9.2.1. Declarar y contestar en forma veraz en el cuestionario de salud que le sea requerido, su verdadero estado de salud y las demás preguntas en él contenidas, cuando sea una persona capaz en los términos legales.

9.2.2. Presentar a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) o en las oficinas de SEGUROS UNIVERSAL, según sea el caso, el carné que lo acredite como ASEGURADO, su documento de identificación y cualquier otro mecanismo de identificación que utilice la empresa, cuando solicite la prestación de los servicios objeto del presente contrato por medio del directorio médico.

9.2.3. Presentar ante las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) la autorización expedida, en todos aquellos casos en que así lo exija SEGUROS UNIVERSAL.

9.2.4. Acudir a la respectiva cita médica, cuando SEGUROS UNIVERSAL le exija examen médico de ingreso, cita médica que deberá solicitar EL BENEFICIARIO dentro de los treinta(30) días siguientes a la fecha en que SEGUROS UNIVERSAL le informe de tal requisito. En caso de que el (los) BENEFICIARIO(S) incumplan con el citado requisito, se entenderá que el mismo ha desistido de formar parte del contrato en su calidad de BENEFICIARIO.

9.2.5. Asumir los costos que impliquen la práctica de los exámenes médicos de ingreso, los cuales se realizarán en el sitio y hora determinados por SEGUROS UNIVERSAL.

9.2.6. Entregar en las oficinas de SEGUROS UNIVERSAL, a la terminación del contrato o a su retiro del mismo por cualquier causa, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que se presente cualquiera de las dos circunstancias, los carnés que lo identifican como BENEFICIARIO. En caso contrario se hacen responsables por la indebida utilización que se les dé a estos documentos.

9.2.7. Restituir a SEGUROS UNIVERSAL los costos ocasionados por los servicios recibidos por el (los) BENEFICIARIO(S) o por un

tercero, en caso de utilización del carné de identificación después de la terminación del contrato o de la pérdida de la calidad de BENEFICIARIO, o por el uso indebido de los mismos, sin perjuicio de las acciones judiciales a que haya lugar.

9.2.8. Permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y suministrar copia de la misma cuando así lo solicite SEGUROS UNIVERSAL. Se entiende que en desarrollo de la presente obligación autorizan a los médicos e instituciones o similares, adscritos o no, que posean datos sobre su salud, a suministrar tal información a SEGUROS UNIVERSAL. SEGUROS UNIVERSAL a través de sus instituciones y profesionales adscritos se compromete a guardar la debida reserva legal de la historia clínica y por ende a proteger los derechos fundamentales consagrados en la Constitución.

CLÁUSULA DÉCIMA. VALOR Y FORMA DE PAGO. El pago de los precios y tarifas convenidos por las condiciones particulares, en virtud de las cuales se celebra el presente contrato se realizará por parte del CONTRATANTE a SEGUROS UNIVERSAL por anualidades anticipadas, antes de la vigencia del contrato, como contraprestación por los servicios objeto del mismo y teniendo en cuenta el número de BENEFICIARIO(S) que se afilien, las tarifas, rangos de edad, relación y sexo que sean publicadas por SEGUROS UNIVERSAL, de conformidad con las disposiciones legales sobre el particular y sin perjuicio de lo consagrado en la Cláusula Vigésima del presente contrato.

EL CONTRATANTE deberá realizar los pagos bajo las modalidades autorizadas por SEGUROS UNIVERSAL. Esta última podrá conceder al CONTRATANTE el fraccionamiento de la cuota en forma semestral, trimestral o mensual a solicitud del CONTRATANTE, en cuyo caso, el pago se realizará antes de la vigencia o período fraccionado pactado.

El CONTRATANTE puede solicitar con treinta (30) días de antelación al momento de la renovación del contrato, el cambio en la forma de pago y SEGUROS UNIVERSAL se reserva el derecho de aceptar o no tal solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) AL CONTRATO.

11.1. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) AL CONTRATO: La inclusión de BENEFICIARIOS adicionales a los inicialmente inscritos, deberá ser solicitada por el CONTRATANTE en las oficinas de SEGUROS UNIVERSAL mediante el trámite de la respectiva solicitud de afiliación y el cuestionario de salud. Si dicha solicitud es aceptada por SEGUROS UNIVERSAL, el (los) nuevo(s) BENEFICIARIO(S) adquirirán derecho a la prestación de servicios según lo establecido por el presente contrato, a partir del día siguiente de su registro en el sistema de informática de SEGUROS UNIVERSAL. Si pasados treinta (30) días desde la fecha de la presentación de la solicitud, SEGUROS UNIVERSAL no ha expedido el anexo de novedades, se entenderá que la solicitud ha sido rechazada.

Para determinar la fecha de inclusión de nuevos BENEFICIARIOS al

contrato, para fines de facturación, de ser aceptada por SEGUROS UNIVERSAL, se tendrá en cuenta lo establecido en los siguientes literales:

- a. Solicitud de inclusión presentada antes de la fecha de corte de facturación: a partir del mes siguiente.
- b. Solicitud de inclusión presentada después de la fecha de corte de facturación: a partir del mes subsiguiente.

En todo caso, cuando haya inclusión de BENEFICIARIOS al contrato, se ajustará el precio del contrato y las cuotas correspondientes a la nueva situación creada, ajuste que se realizará a partir de la fecha de inclusión del (los) nuevo(s) BENEFICIARIO(S).

PÁRRAFO: SEGUROS UNIVERSAL se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de nuevos BENEFICIARIO(S), así como el de explicar los motivos o razones para la negativa. En todo caso no habrá lugar a la devolución de sumas de dinero pagadas por el CONTRATANTE y/o por el (los) BENEFICIARIO(S) por concepto de exámenes médicos.

11.2. INCLUSIÓN Y COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

SEGUROS UNIVERSAL cubrirá los servicios neonatales médicos y hospitalarios contemplados dentro de las coberturas del evento del nacimiento y hasta que la madre permanezca hospitalizada.

Si dentro de los catorce (14) días calendario siguientes, contados a partir de la fecha de nacimiento, el CONTRATANTE presenta la solicitud de ingreso para la inclusión del (los) recién nacido(s) al contrato, y ésta es aprobada por SEGUROS UNIVERSAL, las coberturas mencionadas en el inciso anterior (servicios neonatales, médicos y hospitalarios), así como sus exclusiones (malformaciones, anomalías congénitas, trastornos hereditarios y procedimientos quirúrgicos) se extenderán hasta la fecha de vigencia del BENEFICIARIO y a partir de dicha vigencia se aplicará para el (los) recién nacido(s) el contrato con todas sus coberturas, limitaciones y exclusiones. En el evento de no ser aceptada la inclusión del recién nacido, en calidad de BENEFICIARIO del contrato, los valores de los servicios recibidos deberán ser cubiertos en su totalidad por el CONTRATANTE.

Cuando el potencial BENEFICIARIO sea un recién nacido, será discrecionalidad de SEGUROS UNIVERSAL su aceptación como tal en el contrato. Si la inclusión es solicitada y aceptada dentro de los primeros catorce (14) días de vida del recién nacido, éste quedará incluido como BENEFICIARIOS del contrato a partir de las fechas indicadas en el inciso segundo del numeral 11.1, de la Cláusula Décima Primera, sin que exista solución de continuidad frente a las coberturas del contrato. Si la solicitud de inclusión se realiza después de los primeros catorce (14) días de vida del recién nacido, se tramitará como la de cualquier BENEFICIARIO adicional y la fecha de vigencia será la que aparezca en el anexo de inclusión correspondiente.

SEGUROS UNIVERSAL se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de nuevo(s) BENEFICIARIO(S), así como el de explicar los motivos o razones para la negativa. En todo caso no habrá lugar a la

devolución de sumas de dinero pagadas por el CONTRATANTE y/o por el (los) BENEFICIARIO(S) por concepto de exámenes médicos.

11.3. REQUISITOS PARA LA INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) AL CONTRATO:

11.3.1. EDAD: Son elegibles todas aquellas personas que el CONTRATANTE tenga interés en vincular al contrato en calidad de BENEFICIARIO(S) y sin límite de edad de permanencia, donde debe prevalecer la relación de grupo familiar que asocie LOS BENEFICIARIOS dentro del contrato, (Titular, Cónyuge e Hijos). Las personas son elegibles como BENEFICIARIO hasta cumplir los 65 años. Para ser elegibles después de los 65 años deberán ser evaluados por el área médica.

11.3.2. SOLICITUD DE AFILIACION: EL CONTRATANTE debe diligenciar, bajo su exclusiva responsabilidad, la solicitud de afiliación diseñada al efecto.

11.3.3. CUESTIONARIO DE SALUD: Para efectos de verificar las respuestas dadas en el cuestionario de salud, el potencial BENEFICIARIO se obliga a permitir a SEGUROS UNIVERSAL el acceso a la información contenida en su historia clínica y a suministrarla cuando ésta lo solicite. Así mismo autoriza expresamente a los médicos e instituciones que posean datos sobre su salud para suministrar tal información a SEGUROS UNIVERSAL.

El CONTRATANTE y el BENEFICIARIO serán responsables por cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en el cuestionario de salud, una vez éste haya sido firmado en señal de conformidad con la información allí contenida.

11.3.4. EXAMEN MÉDICO: SEGUROS UNIVERSAL podrá, cuando lo considere necesario, solicitar examen médico de ingreso como requisito de inclusión, para todos o algunos de los potenciales BENEFICIARIOS, todo ello de acuerdo con lo consagrado en la Cláusula Novena, numerales 9.2.4 y 9.2.5.

11.4. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIO(S) AL CONTRATO: La exclusión de BENEFICIARIO(S) del presente contrato, deberá ser comunicada por escrito por el CONTRATANTE a SEGUROS UNIVERSAL, a través de sus oficinas, acompañando a tal comunicación el (los) carnés del (los) BENEFICIARIO(S) a retirar.

El (los) BENEFICIARIO(S) excluido(s) perderá(n) el derecho a la prestación de servicios según lo establecido por el presente contrato, a partir del día de su registro en el sistema de informática de SEGUROS UNIVERSAL.

Para determinar la fecha de exclusión de BENEFICIARIOS del contrato, para fines de facturación, se tendrá en cuenta lo establecido en los siguientes literales:

- a. Solicitud de exclusión presentada antes de la fecha de corte de facturación: A partir del mes siguiente.
- b. Solicitud de exclusión presentada después de la fecha de corte de facturación: A partir del mes subsiguiente.

Cuando se retire a uno o a varios BENEFICIARIO(S) y el CONTRATANTE tuviere pagadas la totalidad o parte de las cuotas por un período de tiempo mayor, SEGUROS UNIVERSAL se obliga a devolver, la parte proporcional de las cuotas correspondientes a ese (esos) BENEFICIARIO(S) no causadas, reembolsando al CONTRATANTE el 75% de las mismas y el 25% restante quedará a disposición de SEGUROS UNIVERSAL por concepto de gastos generales y de administración.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL. SEGUROS UNIVERSAL no cubrirá por el presente contrato los costos derivados de la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y en general la que se deba prestar al CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO(S), por causa o con ocasión de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, toda vez que los mismos, de conformidad con la reglamentación legal sobre el particular serán asumidos por la Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre(n) afiliado(s).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. PAGO DE LOS SERVICIOS.

Los costos de los servicios cubiertos por este contrato serán pagados directamente por SEGUROS UNIVERSAL a Las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) que haya prestado el servicio y/o administradora de reclamos contratada para estos fines.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. CARNÉ DE ASEGURADO.

Los BENEFICIARIOS de SEGUROS UNIVERSAL tendrán un carné de afiliación que los acredite como beneficiario del sistema de medicina prepagada ofrecido por SEGUROS UNIVERSAL de acuerdo con el plan contratado. Los carnés de identificación son propiedad de SEGUROS UNIVERSAL y de carácter personal e intransferible en su uso. En caso de que el BENEFICIARIO portador del carné permita que otras personas utilicen dicho documento para obtener autorización y/o prestación de servicios, SEGUROS UNIVERSAL podrá dar unilateralmente por terminado el contrato, según lo previsto en la Cláusula Vigésima Segunda del presente contrato, sin perjuicio de iniciar las acciones judiciales del caso.

En caso de extravío o hurto del carné de identificación, SEGUROS UNIVERSAL expedirá, con costo a cargo del CONTRATANTE, el duplicado correspondiente, previa solicitud escrita del BENEFICIARIO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. HISTORIA CLÍNICA. Con el fin de controlar la calidad y correcta utilización de los servicios durante toda la vigencia del contrato, el (los) BENEFICIARIO(S) se obliga(n) a permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y se obligan a suministrarla cuando así lo solicite SEGUROS UNIVERSAL. De igual forma autorizan a los médicos e instituciones, o similares, que posean datos sobre su salud, para suministrar tal información a SEGUROS UNIVERSAL.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIOS. Teniendo en cuenta la naturaleza y objeto del presente contrato, las relaciones médico-paciente y paciente-entidad se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa de los profesionales y las entidades prestadoras de los servicios, de tal manera que SEGUROS UNIVERSAL no responderá por los perjuicios que eventualmente lleguen a derivarse de la prestación de los servicios de salud y complementarios. Por esta razón, el CONTRATANTE declara expresamente que si eventualmente llegaran a presentarse reclamaciones de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los servicios prestados, tales reclamaciones sólo podrán dirigirse contra el profesional o la entidad que hubiere prestado el respectivo servicio y que en ningún caso invocará responsabilidad de SEGUROS UNIVERSAL. Así mismo, todos los BENEFICIARIOS se obligan a proceder en la forma indicada para el CONTRATANTE.

En todo caso SEGUROS UNIVERSAL responderá civil y administrativamente por los perjuicios que se ocasionen a los BENEFICIARIOS en los eventos derivados del incumplimiento del presente Contrato.

En materia de responsabilidad civil extracontractual, SEGUROS UNIVERSAL se atenderá a la reglamentación civil sobre la materia, en caso de verse abocada a ello.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA. VIGENCIA DEL CONTRATO Y CAMBIO DE TARIFAS.

El presente contrato se celebra por término de un (1) año. No obstante lo anterior, si con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del contrato el CONTRATANTE no manifiesta por escrito su decisión de no prorrogarlo, el contrato se renovará por el término inicialmente pactado. De igual manera se procederá para los años siguientes. En todo caso SEGUROS UNIVERSAL garantiza la renovación automática del contrato salvo los casos de incumplimiento por parte del CONTRATANTE, así como en los casos en que el CONTRATANTE o alguno de los BENEFICIARIOS, no esté incluido en dicha fecha de renovación, y solo respecto de los que no cumplan dicho requisito.

Durante todo el término de la relación contractual las tarifas serán ajustadas en la fecha de renovación del contrato con base en la edad alcanzada por los BENEFICIARIOS, a la exposición de riesgo proyectada y a la siniestralidad del contrato, de acuerdo a las tarifas de plan asociado al mismo.

SEGUROS UNIVERSAL notificará al CONTRATANTE el incremento de las tarifas mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE, con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor. Si el CONTRATANTE no estuviere de acuerdo con las nuevas tarifas, deberá comunicar su decisión de dar por terminado el contrato, mediante documento escrito con acuse de recibo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de remisión de la comunicación correspondiente. En caso de que no se produzca esta manifestación dentro del término indicado, se presumirá la aceptación del CONTRATANTE respecto de las nuevas tarifas y su intención de continuar con el contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. CAMBIO DE PLAN. El CONTRATANTE podrá solicitar el cambio de este plan a otro que sea comercializado por SEGUROS UNIVERSAL, siempre y cuando el (los) BENEFICIARIO(S) al momento de cambio no tengan un tratamiento en curso, una cirugía programada, una condición de enfermedad o respecto de BENEFICIARIAS que en dicho momento se encuentren embarazadas.

En caso de cambio de plan, de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, se respetará la continuidad del BENEFICIARIO en SEGUROS UNIVERSAL. En todo caso SEGUROS UNIVERSAL se reserva el derecho de aceptar o no el cambio de plan solicitado por el CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO CON ALGÚN (O ALGUNOS) BENEFICIARIO(S).

Sin perjuicio de las demás cláusulas de este documento, el contrato con alguno(s) BENEFICIARIO(S), según sea el caso, podrá darse por terminado en los siguientes eventos:

19.1. Por mutuo acuerdo de LAS PARTES contratantes, manifestado en cualquier tiempo y por escrito.

19.2. Por decisión unilateral del CONTRATANTE manifestada por aviso escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación a la pretendida fecha de terminación.

19.3. Por decisión unilateral de SEGUROS UNIVERSAL, ya sea respecto del contrato en general o para algunos de los BENEFICIARIOS, en los siguientes eventos, bajo el entendido de que esta lista es de carácter enunciativa mas no limitativa:

19.3.1. Por cualquier declaración falsa o inexacta por parte del CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, respecto de la edad o documento de identificación, así como por cualquier falsedad, reticencia o inexactitud comprobada en relación con las preguntas formuladas en la solicitud de afiliación y/o en el cuestionario de salud. De igual forma, será causal de terminación unilateral cualquier omisión acerca de información referente a preexistencias, lesiones, enfermedades, intervenciones quirúrgicas o antecedentes relacionados con el estado de salud del CONTRATANTE y/o cualquiera de los BENEFICIARIOS.

19.3.2. Por la no restitución o restitución extemporánea de sumas debidas a SEGUROS UNIVERSAL en desarrollo de lo previsto en la Cláusula Novena numeral 9.1.3 del presente contrato.

19.3.3. Si se comprueba sumariamente que para acreditar el derecho al pago de los reembolsos se presentaron documentos adulterados o fraudulentos o de alguna otra manera se falseó la verdad. En este evento SEGUROS UNIVERSAL quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y el CONTRATANTE perderá todo derecho al pago del reembolso, siendo además causal de terminación automática del presente contrato.

19.3.4. Por usar y/o permitir el uso indebido de los carnés de identificación a persona distinta al BENEFICIARIO al que corresponda con el fin de obtener autorizaciones y/o utilizar servicios.

19.3.5. En general, por el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones del CONTRATANTE y/o el (los) BENEFICIARIO(S) establecidas en el presente contrato y en la Ley.

En cualquiera de los casos previstos en los numerales 19.3.1 al 19.3.5, la terminación opera en forma inmediata a partir de la fecha de remisión del aviso escrito dado en tal sentido por SEGUROS UNIVERSAL, salvo lo consagrado en el numeral 19.3.3, toda vez que la cancelación opera de forma automática. En los casos restantes, SEGUROS UNIVERSAL notificará al CONTRATANTE la cancelación mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE y/o ASESOR.

En caso de terminación del contrato por las causas anteriores, SEGUROS UNIVERSAL reembolsará al Contratante el 75% del valor de la cuota no causada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha efectiva de la terminación del contrato; el 25% restante quedará a disposición de SEGUROS UNIVERSAL por concepto de gastos generales y de administración, salvo en los casos de terminación de contrato por mora, evento en el cual no habrá lugar a restitución alguna.

19.4. Por muerte del CONTRATANTE, cuando éste fuere el único BENEFICIARIO. En el evento de existir uno (1) o más BENEFICIARIO(S) del contrato, distintos al CONTRATANTE y presentarse el fallecimiento de este último, el o los BENEFICIARIO(S) sobrevivientes deberán comunicar la muerte dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la misma, indicando si desean o no continuar con el contrato y especificando el nombre de la persona que asumirá la calidad de Contratante; en caso de no señalarse la persona que adquirirá la calidad de contratante, tal calidad será adquirida por el (los) primer BENEFICIARIO sobreviviente que tenga capacidad legal para ello. Si ninguno de los BENEFICIARIOS tiene capacidad legal para contratar, el contrato terminará automáticamente a los treinta (30) días siguientes del fallecimiento del CONTRATANTE.

Para todos los casos en que se señala la necesidad de aviso escrito, éste se remitirá por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE. El envío de la comunicación correspondiente en tales condiciones, dará lugar a la terminación del contrato, sea que el destinatario conozca efectivamente o no el contenido de la comunicación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. MORA, SUSPENSIÓN DE SERVICIOS Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

En caso de que el CONTRATANTE incurra en mora en el pago del precio del contrato o de una de sus cuotas, según lo establecido en las Cláusulas Novena numeral 9.1.2 y Décima, los servicios cuya prestación gestiona SEGUROS UNIVERSAL se suspenderán automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna por parte de SEGUROS UNIVERSAL

Lo anterior sin perjuicio de que SEGUROS UNIVERSAL decida dar por terminado unilateralmente el contrato en cualquier momento mientras persista la mora, facultad que tendrá por un plazo máximo de dos (2)

meses, vencidos los cuales el contrato terminará automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna, todo ello sin perjuicio de que SEGUROS UNIVERSAL promueva las acciones legales que a su favor tenga para el cobro de los saldos insolutos.

La suspensión no afecta la vigencia del contrato, no exonera al CONTRATANTE del pago de las cuotas vencidas, y no impide que, mientras dure, se sigan causando las cuotas subsiguientes.

Una vez el CONTRATANTE pague las cuotas respecto de las cuales se encuentre en mora y las cuotas correspondientes al tiempo durante el cual el contrato estuvo suspendido y siempre y cuando el contrato no se hubiere terminado por decisión unilateral de SEGUROS UNIVERSAL o de forma automática por las causales antes señaladas, se restablecerá el servicio a partir del tercer día hábil posterior a la fecha del pago. El restablecimiento del servicio en ningún caso modificará la fecha de vencimiento del contrato. Los tratamientos, las consecuencias, secuelas y recidivas de todas las enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el tiempo de suspensión no estarán cubiertos una vez restablecido el servicio. El CONTRATANTE renuncia a los requerimientos para constituirlo en mora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. INTERESES DE MORA.

En caso de mora por parte del CONTRATANTE en el pago del precio del contrato o de cualquiera de las cuotas según la forma de pago acordada, SEGUROS UNIVERSAL podrá cobrar sobre los saldos pendientes intereses moratorios a la máxima tasa permitida por la Ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. CAMBIO DE DIRECCIÓN. El CONTRATANTE deberá informar por escrito a SEGUROS UNIVERSAL, sobre cualquier cambio en la dirección o el teléfono de su residencia u oficina que hubiere comunicado a SEGUROS UNIVERSAL en la solicitud de ingreso. Todas las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se remitirán a la última dirección notificada por el CONTRATANTE en la forma prevista en la presente cláusula. SEGUROS UNIVERSAL no será responsable, en ningún caso, por la remisión de correspondencia a la dirección antigua cuando el CONTRATANTE hubiere incumplido con la obligación de comunicar su nueva dirección y dará por conocido para todos los efectos, el contenido de dicha correspondencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. ANEXOS. Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

23.1. Solicitud de Contrato Colectivo de Plan de Salud de Medicina Prepagada o Solicitud de Plan de Salud Individual firmada por el CONTRATANTE, según corresponda.

23.2. Solicitud de Plan Colectivo firmado por EL ASEGURADO, si aplica.

23.3. Las condiciones particulares.

23.4. Resultados del examen de ingreso practicado a los BENEFICIARIOS, cuando el mismo sea exigido por parte de SEGUROS UNIVERSAL.

23.5. Las tarifas del plan contratado, cotización firmada por el CONTRATANTE.

23.6. Los demás documentos y comunicaciones que se originen con ocasión del contrato.

Todos los documentos contractuales antes mencionados, deben ser firmados por LAS PARTES, excepto los anexos correspondientes al numeral 23.3

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. ACEPTACIÓN. Se entiende que el CONTRATANTE y el (los) BENEFICIARIO(S) en virtud del presente contrato aceptan los términos y condiciones del mismo y las obligaciones que para ellos se derivan, cuando realicen cualquier acto que suponga tal aceptación o que implique la ejecución del contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. RECLAMOS SOBRE LA PRESTACION DE SERVICIOS. El CONTRATANTE podrá diligenciar reclamos de servicios a SEGUROS UNIVERSAL, sobre cualquier inconveniente en el manejo de su contrato, a través de cualquiera de los canales establecidos.

Este reclamo debe presentarse a SEGUROS UNIVERSAL, en un plazo menor a los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha de la situación que generó el reclamo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Queda establecido que este contrato será interpretado de acuerdo con las leyes de la República Dominicana y se someterá a la jurisdicción de sus tribunales competentes. En caso de conflictos derivados del presente contrato, se deberá agotar previamente el proceso de arbitraje o conciliación establecido en los artículos 105 y siguientes de la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA. MODIFICACIONES AL CONTRATO. Cualquier modificación a este contrato deberá hacerse mediante solicitud escrita de parte del CONTRATANTE y convenida con SEGUROS UNIVERSAL, o mediante endoso de SEGUROS UNIVERSAL, la cual notificará al CONTRATANTE la modificación mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE, con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor. Si el CONTRATANTE no estuviere de acuerdo, deberá comunicar su decisión de dar por terminado el contrato, mediante escrito enviado por correo certificado dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de remisión de la comunicación correspondiente. En caso de que no se produzca esta manifestación dentro del término indicado, se presumirá la aceptación del CONTRATANTE respecto a las nuevas condiciones y su intención de continuar con el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROS UNIVERSAL. SEGUROS UNIVERSAL será responsable por la ejecución de los servicios descritos en el presente contrato, de acuerdo con los términos y condiciones del mismo, no obstante, EL CONTRATANTE reconoce y acepta que SEGUROS UNIVERSAL quedará liberada de toda su responsabilidad si se viera imposibilitada de otorgar los servicios si se diera alguna de las siguientes situaciones: huelgas

generales, motines, guerras civiles, calamidad públicas, huracanes, terremotos tornados e inundaciones, o cualquier otro acto catastrófico similar.

En constancia de todo lo anterior, se firma en República Dominicana dejando constancia expresa que en la fecha se ha hecho entrega al **CONTRATANTE** de copia del contrato, documento que el **CONTRATANTE** acepta haber recibido.

En constancia de todo lo anterior, se firma en República Dominicana dejando constancia expresa que en la fecha se ha hecho entrega al **CONTRATANTE** de copia del contrato, documento que el **CONTRATANTE** acepta haber recibido.

SEGUROS UNIVERSAL, S.A.

FECHA DE CONTRATACIÓN

Lhaira

CLIENTE

REPRESENTANTE

FIRMA



**SEGUROS
UNIVERSAL®**

Para más información
universal.com.do
809 544 7111

Actualizado: Febrero, 2021



APP Universal

