

GOLDMED PLUS

**CONDICIONES
GENERALES**

ÍNDICE

GOLDMED PLUS

Condiciones Generales del Contrato

	PREÁMBULO
CLÁUSULA NO. 1	DEFINICIONES
CLÁUSULA NO. 2	OBJETO
CLÁUSULA NO. 3	COBERTURAS
CLÁUSULA NO. 4	BENEFICIOS ADICIONALES
CLÁUSULA NO. 5	PRE-CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS
CLÁUSULA NO. 6	RETROACTIVIDAD DE LAS COBERTURAS
CLÁUSULA NO. 7	DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS
CLÁUSULA NO. 8	PRESTACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SALUD
CLÁUSULA NO. 9	EXCLUSIONES
CLÁUSULA NO. 10	PERÍODOS DE CARENCIA
CLÁUSULA NO.11	OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE Y EL (LOS) ASEGURADO(S)
CLÁUSULA NO.12	VALOR Y FORMA DE PAGO
CLÁUSULA NO. 13	INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DEL CONTRATANTE Y/O EL (LOS) ASEGURADO(S) AL CONTRATO
CLÁUSULA NO. 14	APLICACIÓN DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS
CLÁUSULA NO.15	PAGO DE LOS SERVICIOS
CLÁUSULA NO. 16	CARNÉ DE ASEGURADO
CLÁUSULA NO. 17	HISTORIA CLÍNICA
CLÁUSULA NO. 18	AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIOS
CLÁUSULA NO.19-	VIGENCIA DEL CONTRATO Y CAMBIO DE TARIFAS.
CLÁUSULA NO. 20	CAMBIO DE PLAN
CLÁUSULA NO. 21	CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA AFILIACIÓN CON ALGÚN (O ALGUNOS) ASEGURADO(S)
CLÁUSULA NO. 22	MORA, SUSPENSIÓN DE COBERTURA Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO
CLÁUSULA NO. 23	INTERESES DE MORA
CLÁUSULA NO. 24	CAMBIO DE DIRECCIÓN
CLÁUSULA NO. 25	ANEXOS
CLÁUSULA NO. 26	ACEPTACIÓN
CLÁUSULA NO. 27	RECLAMOS SOBRE EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA



ÍNDICE

GOLDMED PLUS

Condiciones Generales del Contrato

CLÁUSULA NO. 28	RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
CLÁUSULA NO. 29	MODIFICACIONES AL CONTRATO
CLÁUSULA NO.30	ACUMULACIÓN DE DEDUCIBLE
CLÁUSULA NO. 31	ARBITRAJE TÉCNICO
CLÁUSULA NO.32	JURISDICCIÓN
CLÁUSULA NO.33	NOTIFICACIÓN
CLÁUSULA NO.34	LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD



RNC 101-001941

CONDICIONES GENERALES

ENTRE: De una parte, SEGUROS UNIVERSAL S.A. (RNC: 1-01-00194 1), sociedad comercial constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, con asiento social y oficina principal en la Avenida Winston Churchill Núm. 1100 en ésta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana, quien en adelante y para efectos de este contrato se denominará LA COMPAÑÍA; y de la otra parte, EL CLIENTE, quien para los fines del presente contrato se denominará EL CONTRATANTE; hemos celebrado este contrato de gestión para otorgar los beneficios derivados de la cobertura de salud para la prestación de servicios y gastos médicos de los Planes de Salud de Medicina Prepagada, 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 LA COMPAÑÍA y al CONTRATANTE conjuntamente se les designará como "LAS PARTES".

PREÁMBULO

POR CUANTO: LA COMPAÑÍA 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, dentro de la cual se regulan los aspectos relacionados con los ramos de Seguros de Salud, Salud Internacional, Vida, entre otros, siendo éstos productos ofertados por LA COMPAÑÍA a terceros de conformidad a lo estipulado en las condiciones particulares del contrato.

POR CUANTO: EL CONTRATANTE ha decidido contratar la cobertura de salud prepagada ofertada por LA COMPAÑÍA, aceptando que esta cobertura es de carácter privado, pecuniario y estará regulada única y exclusivamente por las condiciones establecidas en el presente contrato.

POR CUANTO: El artículo Art. 1134 del Código Civil Dominicano establece que "las convenciones legalmente formadas tienen fuerza de ley para aquellos que las han hecho. No pueden ser revocadas, sino por su mutuo consentimiento, o por las causas que estén autorizadas por la ley. Deben llevarse a ejecución de buena fe."

POR TANTO: y en el entendido de que el preámbulo anterior forma parte integral del presente CONTRATO, LAS PARTES, de manera libre y voluntariamente:

CLÁUSULA NO. 1 - DEFINICIONES

Para los fines, el desarrollo y la interpretación del presente CONTRATO, LAS PARTES adoptan de común acuerdo las siguientes definiciones:

1.1. ACCIDENTE

Es cualquier lesión corporal, perturbación funcional permanente, temporal o la muerte sufrida por EL (LOS) ASEGURADO(S), directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad.

1.2. ACCIDENTE DE TRABAJO

Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo que presta por cuenta ajena 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 accidente de tránsito que se produzca en horas laborales y/o en la ruta hacia o desde el centro de trabajo. 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 en el que haya intervenido un vehículo automotor 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. ACCIDENTE EN TRAYECTO

Es el accidente ocurrido al trabajador en horas laborables durante el desplazamiento en el centro de trabajo y el domicilio o viceversa, sin interrupciones o desviaciones voluntarias o evitables, dentro de la ruta y horario habitual, independientemente del medio que utilicen para el mismo.

1.5. ACTO MÉDICO

Engloba todas las actuaciones profesionales del médico u otro profesional de la salud, en ejercicio de su actividad profesional, adoptadas para fines de promover la salud, la prevención, control y diagnóstico de enfermedades, cuidados terapéuticos o curación del (LOS) ASEGURADO(S).

1.6. AFECCIÓN CRÓNICA

Toda enfermedad permanente o recidivante, o aquella cuya evolución se prolongue por más de seis (6) meses.

1.7. AÑO CALENDARIO

Es el período anual comprendido entre el primero (1ro) de enero hasta el treinta y uno (31) de diciembre del mismo año.

1.8. AÑO DE CONTRATO

Período de doce (12) meses contados desde el primer (1er) día de la fecha de vigencia del CONTRATO o del CONTRATANTE.

1.9. APARATOS DE COMPLEMENTO TERAPÉUTICO

Elementos artificiales utilizados para mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.

1.10. ASEGURADO

Persona física que goza de la protección del seguro por su solicitud haber sido aprobada por parte de LA COMPAÑÍA para recibir los beneficios detallados en el cuadro póliza del plan seleccionado, luego de haber cumplido los requisitos de elegibilidad y pagado la prima correspondiente.

1.10.1. ASEGURADO DEPENDIENTE

Es toda persona física relacionada con el asegurado titular que puede ser incluido en la póliza bajo el grupo familiar, una vez aprobada dicha inclusión por parte de LA COMPAÑÍA.

1.10.2. ASEGURADO TITULAR

Persona física que goza de la protección del seguro por haber sido aprobada su solicitud por LA COMPAÑÍA y el cual puede incluir dependientes, siempre y cuando éstos formen parte de su núcleo familiar.

1.11. ATENCIÓN AMBULATORIA

Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de un ASEGURADO no hospitalizado.

1.12. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y tratamiento de un ASEGURADO hospitalizado.

1.13. AYUDANTÍA

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

1.14. BENEFICIOS

LA COMPAÑÍA pagará los gastos médicos incurridos por EL (LOS) ASEGURADO(S) a causa de una enfermedad o un accidente que requiera asistencia médica de acuerdo con el diagnóstico y necesidades del tratamiento y a los términos y condiciones del CONTRATO, siempre y cuando los cargos efectuados hubiesen sido necesarios, usuales, razonables y acostumbrados.

1.14.1. BENEFICIO MÁXIMO POR AÑO

Es la máxima protección que se estará otorgando en un (1) año calendario, el mismo está contenido en las condiciones particulares del CONTRATO.

1.14.2. BENEFICIO MÁXIMO DE POR VIDA

Es la máxima protección que se estará otorgando durante la vida del (LOS) ASEGURADO(S), la cual está contenida en las condiciones particulares del CONTRATO.

1.14.3. BENEFICIOS OPCIONALES

Son aquellos beneficios adicionales asociados a las coberturas definidas en las condiciones particulares del CONTRATO, tales como Servicios Odontológicos, Servicios Oftalmológicos, Coberturas de medicamentos ambulatorios, entre otros. Incluyendo períodos de carencia límites y exclusiones.

1.15. CENTROS AMBULATORIOS DE CIRUGÍAS

Son instituciones o departamentos de atención de enfermos no hospitalizables de una entidad hospitalaria, con una organización de empleados, y de médicos que: a) Están licenciados bajo la jurisdicción en donde se localiza; b) Mantiene facilidades permanentes que son equipadas y usadas principalmente para ejecutar procedimientos de cirugía y que proveen continuo tratamiento y cuidado de una enfermera graduada; c) Tiene todo el equipo necesario para uso, antes, durante y después de cirugía. d) Tiene al menos un cuarto de recuperación; y e) No provee servicios de hospitalización.

1.16. 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.

1.17. COBERTURA

Es el conjunto de beneficios a que tiene derecho EL (LOS) ASEGURADO(S) en virtud del presente CONTRATO y sus condicionados. En ningún caso estarán incluidos dentro de la cobertura del CONTRATO los beneficios que no se mencionen expresamente ni aquellos que de conformidad con la Cláusula Séptima y demás disposiciones del presente CONTRATO se encuentren excluidos. Los beneficios de la cobertura objeto del presente CONTRATO son personales y por lo tanto intransferibles entre ASEGURADO(S) del CONTRATO.

1.18. COBERTURA MÁXIMA

Es la máxima responsabilidad que LA COMPAÑÍA asumirá bien sea en por ciento y/o en límites, cobertura en días, número de consultas, sesiones y/o distancia, de acuerdo con los beneficios otorgados al (LOS) ASEGURADO(S).

1.19. COBERTURA EN EXCESO O COBERTURA GASTO CATASTRÓFICO

Esta cobertura aplicará cuando EL (LOS) ASEGURADO(S) haya (n) consumido el límite anual de Gasto Médico, la misma quedará definida en las condiciones particulares que acompañan el presente CONTRATO, cuando estos beneficios sean seleccionados por EL CONTRATANTE.

1.20. 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, porcentos de cobertura, periodicidad de facturación, entre otros.

1.21. COMPAÑÍA

Es la empresa aseguradora que se obliga en virtud de este CONTRATO.

1.22. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Son las alteraciones de la salud distintas de las habituales de la enfermedad tratada, que pongan en peligro el estado de salud del (LOS) ASEGURADO(S) y que dependan de dicha enfermedad o de su tratamiento.

1.23. 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 (LOS) ASEGURADO(S).

1.24. CONTINUIDAD

Es el reconocimiento del tiempo anterior a la vigencia del CONTRATO con LA COMPAÑÍA, 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 CONTRATO

1.25. CONTRATANTE

Toda persona natural o jurídica que celebre el presente CONTRATO para su beneficio individual mediante su propia inscripción como CONTRATANTE y/o para el beneficio del (LOS) ASEGURADO(S) por él escogidos. El CONTRATANTE, salvo en los casos en los que en el CONTRATO se encuentran obligaciones expresas a cargo de los ASEGURADOS, es el único responsable frente a LA COMPAÑÍA por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, EL CONTRATANTE podrá convenir con LA COMPAÑÍA modificaciones a las condiciones del CONTRATO sin que se requiera para ello la aprobación del (LOS) ASEGURADO(S).

1.26. COASEGURO PACTADO

Es el porcentaje de gastos médicos cubiertos a cargo del (LOS) ASEGURADO(S) que se aplica en cada año calendario al monto total de gastos médicos cubiertos en exceso del deducible, según lo establecido en las condiciones particulares del CONTRATO.

1.27. CUIDADO CUSTODIAL

Tratamiento o servicios que pudiesen ser otorgados por una persona sin atributos médicos, independientemente de quien los haya recomendado o prestado, y que primordialmente asisten al paciente con sus actividades de vida diaria.

1.28. CURA DE REPOSO

Descanso prescrito por un médico al (LOS) ASEGURADO(S), como consecuencia de patologías psiquiátricas o psicológicas.

1.29. DEDUCIBLE

Es la cantidad fija de gastos médicos que será cubierta por EL (LOS) ASEGURADO(S) en cada año calendario antes de hacer uso de la cobertura, según lo establecido en las condiciones particulares del CONTRATO.

1.30. ENDOSO

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

1.31. ENFERMEDAD

Alteración o desviación del estado de salud de una o varias partes del organismo humano que requiera tratamiento médico.

1.32. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Significa toda enfermedad causada por bacterias, protozoarios, hongos o virus.

1.33. ENFERMEDADES Y TRASTORNOS MENTALES

Se definen bajo este concepto aquellas enfermedades y trastornos psíquicos o psiquiátricos, incluyendo, pero sin limitarse a neurosis, psicosis, demencias, trastorno de bipolaridad, esquizofrenia, depresión y demás trastornos que alteran los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerándose, así como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el asegurado, tal como lo define la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

1.34. ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS

Se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

1.35. 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.

1.36. ENFERMEDADES Y/O DEFECTOS CONGÉNITOS Y/O HEREDITARIOS

- **DEFECTO CONGÉNITO:** Es toda alteración presente al momento del nacimiento.
- **DEFECTO HEREDITARIO:** Es aquel que presenta el recién nacido por alteraciones del desarrollo fetal a consecuencia de alteraciones en los genes transmitidos por los padres, independientemente que el mismo se haga evidente al momento del nacimiento o posterior a este, incluso después de varios años.
- **ENFERMEDAD O ANORMALIDAD CONGÉNITA:** Cualquier enfermedad o anomalía genética, física, defecto bioquímico o metabólico, enfermedad o malformación que puede ser hereditaria o debido a una influencia durante gestación y que puede o no ser obvia al nacer.

1.37. ENFERMERA (O)

Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento de salud.

1.38. ENFERMERA AUXILIAR ACOMPAÑANTE

Técnica en auxiliar de enfermería que cumpla con los requisitos legales exigidos para su ejercicio en República Dominicana.

1.39. ENFERMERA EN EL HOGAR

Significa los servicios prestados por una enfermera legalmente autorizada que lleve a cabo su labor como tal en el hogar del (LOS) ASEGURADO(S), previa orden del médico tratante y en relación directa con una enfermedad o lesión por la cual EL (LOS) ASEGURADO(S) ha(n) recibido y está(n) recibiendo tratamiento.

1.40. ENFERMERA(O) PARTICULAR O PRIVADA(O)

Significa los servicios prestados por un(a) enfermero(a) legalmente autorizado(a), que lleve su labor como tal de forma particular, ya sea dentro de una clínica u hospital, centro de convalecencia, rehabilitación, en el hogar, etc., previa orden o no del médico tratante.

1.41. 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.

1.42. 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.

1.43. 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.

1.44. 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.

1.45. 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.

1.46. 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 la COMPAÑÍA para su realización, siempre y cuando hayan sido solicitados por el médico tratante adscrito.

1.47. EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO

Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por una comunidad médica internacional, y se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico. No se ha probado de manera objetiva y que posea valor o beneficio terapéutico. NO ha sido aprobada por ninguna de las organizaciones mundiales creadas para tales fines.

1.48. FECHA DE CONTRATACIÓN

Es aquella en la que se firma o suscribe el CONTRATO entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE.

1.49. FECHA DE SOLICITUD

Es aquella en la que EL CONTRATANTE presenta ante LA COMPAÑÍA el formulario de solicitud debidamente completado, por medio del cual manifiesta su intención de contratar la cobertura del plan de medicina prepagada, para su beneficio y/o el de (LOS) ASEGURADO(S) sobre cuya inclusión realiza tal solicitud.

1.50. 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.

1.51. FECHA DE VIGENCIA DEL CONTRATANTE

Día, mes y año a partir del cual una persona es aceptada, mediante anexo que forma parte integral del presente CONTRATO, en calidad de CONTRATANTE de este, previa solicitud presentada por EL CONTRATANTE y el cumplimiento de los requisitos exigidos por LA COMPAÑÍA.

1.52. FISIOTERAPIA O TERAPIA FÍSICA

Actividad realizada por un profesional en fisioterapia, bajo la supervisión de un Médico Fisiatra, mediante el empleo de agentes físicos (luz, calor, agua, aire, láser, electromagnéticas, ejercicios mecánicos), destinados a contribuir a la rehabilitación de una extremidad, articulación u órgano del cuerpo.

1.53. GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA)

Los costos que asume LA COMPAÑÍA dentro de los límites establecidos en el CONTRATO deben tener la calidad de "costos razonables", esto es, los costos que son normales o usuales en el lugar en donde ellos se presten según su naturaleza y ser además necesarios, exclusivamente

desde el punto de vista médico, como consecuencia de los riesgos amparados de enfermedad, lesiones personales y eventualmente embarazo. En ningún caso podrán ser superiores a los gastos que se pagan dentro de la red de prestadores contratados por LA COMPAÑÍA, la administradora de Reclamos internacionales o Reaseguradores.

1.53.1. Constituye obligación fundamental del (LOS) ASEGURADO(S) en caso de realización de cualquiera de los riesgos amparados por este seguro rechazar la contratación de servicios en términos en que ellos no reúnan las calidades anteriores, entendiéndose que LA COMPAÑÍA podrá disminuir el monto de las indemnizaciones a pagar en la medida en que los costos reclamados no sean razonables o correspondan a servicios no necesarios desde el punto de vista médico. Existiendo varias alternativas de tratamiento, medicación, intervención quirúrgica, en igualdad de condiciones respecto de su resultado, se preferirá la alternativa menos costosa.

1.54. HABITACIÓN SEMI PRIVADA

Representa la habitación compartida por dos o más personas.

1.55. HOSPITAL

Es toda institución donde se tratan enfermedades y emergencias, legalmente autorizadas para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el país donde se encuentre establecido. Se excluyen: Centros de Descanso, Curas de Reposo, Cuidados de Custodia, Convalecencia, Rehabilitación, Hidro clínicas, Spas, Sanatorios, Instituciones Geriátricas, atenciones a largo plazo para el tratamiento de alcoholismo, drogadicción y condiciones nerviosas o mentales.

1.56. HOSPITALIZACIÓN

Significará la permanencia por un término superior a veinticuatro (24) horas, de una persona registrada como paciente en un hospital, una institución hospitalaria y/o clínica según se define posteriormente, para tratamiento médico y/o quirúrgico. La severidad de la enfermedad o

condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

1.57. INCAPACIDAD

Se entiende como toda lesión corporal o enfermedad que sufra EL (LOS) ASEGURADO(S) y que requiera(n) tratamiento médico, siempre y cuando dicha incapacidad se encuentre cubierta bajo el presente CONTRATO.

1.58. INTERCONSULTA

Consulta especializada realizada al (LOS) ASEGURADO(S) 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 estar afiliado a LA COMPAÑÍA.

1.59. INTERMEDIARIO

Persona física o moral que opera como vendedor de contratos de seguros de salud y como canal de comunicación entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE.

1.60. LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA

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

1.61. LESIÓN

Es el daño al cuerpo del (LOS) ASEGURADO(S), causado por y como resultado de un accidente ocurrido después de la fecha de ingreso del (LOS) ASEGURADO(S) al presente CONTRATO. Todos los daños sufridos por EL (LOS) ASEGURADO(S) en conexión con cualquier accidente serán considerados una lesión.

1.62. MECANISMO DE REEMBOLSO

Es el valor establecido en la tabla de tarifas prevista por la red prestadora de servicios adscrita. LA COMPAÑÍA reintegrará EL(LOS) ASEGURADO(S), como consecuencia de los beneficios cubiertos por esta modalidad, siempre que aplique de acuerdo con las condiciones particulares del CONTRATO.

1.63. 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.

1.64. MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN

Son aquellos productos cuya venta y uso sólo pueden efectuarse legalmente por prescripción de un médico, quedando fuera de este concepto las drogas o medicinas que puedan adquirirse libremente sin prescripción facultativa.

1.65. 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.

1.66. MÉDICO

Es un profesional autorizado legalmente, para practicar el arte de sanar y que practica dentro del alcance de su autorización. "Practicar el arte de sanar" significa ofrecer o llevar a cabo la diagnosis, tratar, operar o prescribir para cualquier dolor, lesión, enfermedad, deformidad o condición mental o física humana. Dicha persona debe ser licenciada y no puede estar relacionada con EL (LOS) ASEGURADO(S) por sangre o por ley. Otros profesionales tales como trabajadores sociales, entre otros, no son considerados dentro de la definición de médico y, aunque cobran por sus servicios, no están cubiertos bajo el presente CONTRATO.

1.67. MUERTE CEREBRAL

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

1.68. NECESIDAD MÉDICA O MÉDICAMENTE NECESARIA

Significa que un tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un hospital (o parte de una estancia en un hospital) cumple con cada una de las siguientes condiciones:

- a) Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia de la persona asegurada;
- b) No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- c) Ha sido prescrito por un médico;
- d) Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y,
- e) En el caso de un paciente internado en un hospital, el tratamiento no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

La necesidad médica es determinada por LA COMPAÑÍA sobre la base de la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo como una necesidad médica.

1.69. OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Significa:

- a) Operación por incisión.
- b) La sutura de una herida.
- c) El tratamiento de una fractura.
- d) La reducción de una luxación.
- e) Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utilizan en lugar de extracción quirúrgica de un tumor).
- f) Electro cauterización.

- g) Procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia.
- h) El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas varicosas.

1.70. PARIENTE CERCANO

Significa el cónyuge del (LOS) ASEGURADO(S), o el hijo o hija, hermano, hermana, primo, prima, abuelo, abuela o los padres del (LOS) ASEGURADO(S) o de su cónyuge.

1.71. PERÍODO DE CARENCIA

Tiempo mínimo que debe permanecer vigente la afiliación del (LOS) ASEGURADO(S) en el Contrato 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 ASEGURADO de acuerdo con la fecha de vigencia del mismo.

1.72. PERSONA CUBIERTA

Es EL (LOS) ASEGURADO(S) o las demás personas que aparecen en la solicitud de inscripción, en los anexos y/o endosos.

1.73. PERSONAS ELEGIBLES

Son las personas residentes en la República Dominicana, sujeto a las políticas de suscripción y condiciones del CONTRATO:

a) El esposo o esposa legal del (LOS) ASEGURADO(S), o la persona viviendo con un ASEGURADO en una reconocida condición de marido y mujer. b) Los hijos solteros de un ASEGURADO, hijastros e hijos legalmente adoptados, mayores de catorce (14) días y menores de veintitrés (23) años siempre que sean estudiantes de tiempo completo dependiendo económicamente de sus padres y que no han contraído matrimonio. También serán elegibles los hijos solteros mayores de veintitrés (23) años y para éstos se aplicará la tarifa correspondiente a su edad.

1.74. PLANES DE SALUD DE MEDICINA PREPAGADA

Productos comercialmente ofrecidos por LA COMPAÑÍA, 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.

1.75. PRIMACÍA

Las condiciones de los anexos y/o endosos priman sobre el Cuadro Póliza o condiciones particulares, el cual a su vez prima sobre las Condiciones Generales del CONTRATO.

1.76. PREEXISTENCIA

Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de inicio de vigencia del CONTRATO o a la fecha de inicio de vigencia del (LOS) ASEGURADO(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 (LOS) ASEGURADO(S), 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. Asimismo, se consideran como preexistencias todos los antecedentes declarados en el cuestionario de salud.

1.76.1. Toda enfermedad existente en la fecha de vigor del CONTRATO, la cual existía con respecto a un miembro familiar agregado, cuando tal miembro familiar se convierte en participante bajo este CONTRATO.

Es decir, que los síntomas estuvieron presentes en la fecha de vigencia de la cobertura o anterior a la misma, haya o no tenido EL (LOS) ASEGURADO(S) conocimiento de que tales síntomas estaban relacionados a tal enfermedad. Asimismo, cualquier enfermedad por la cual el tratamiento médico o quirúrgico, o consejo médico haya sido previsto a la fecha en la cual la cobertura del (LOS) ASEGURADO(S) se hizo efectiva. El período de espera será de veinticuatro (24) meses calendarios y consecutivos después de iniciada

la cobertura del (LOS) ASEGURADO(S), para Condiciones Pre-Existentes declaradas, aceptadas expresamente por LA COMPAÑÍA, reservándose el derecho de establecer exclusiones Permanentes.

1.77. 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.

1.78. 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 (LOS) ASEGURADO(S) es (son) dado(s) de alta, sin requerir de estancia hospitalaria.

1.79. 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 en el país donde se reciben las atenciones médicas o que haya validado en este país el título obtenido en el extranjero y que además tenga vigente la autorización oficial del país que corresponda para el ejercicio profesional.

1.80. 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.

1.81. RECIEN NACIDO CON PROBLEMAS

Se trata de toda situación de salud que presenta una criatura al momento del nacimiento que no está considerado en la definición de Enfermedades y/o Defectos Congénitos y/o Hereditarios, siendo las más comunes, sin que esto sea enunciativo: Niños Prematuros, aspiración de líquido amniótico, ictericia neonatal, bajo peso al nacer, etc. Los

casos derivados de maternidad realizada a través de inseminación in vitro o de tratamientos de infertilidad están excluidos de esta cobertura.

1.82. RED PRESTADORA DE SERVICIOS ADSCRITA

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 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) de acuerdo a la Ley General de Salud que preste directa o indirectamente los beneficios de salud descritos en el presente CONTRATO al (LOS) ASEGURADO(S).

1.83. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES EN EL MUNDO

Significa un grupo específico de médicos e instituciones de atención médica, seleccionados por LA COMPAÑÍA, que proveen servicios de atención al (LOS) ASEGURADO(S).

1.84. RED DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

Grupo de Centros Médicos de Trasplante, seleccionados por LA COMPAÑÍA, que proveen al (LOS) ASEGURADO(S) servicios de atención especializada en trasplante de órganos.

1.85. REHABILITACIÓN

Significa terapia respiratoria, fisioterapia y terapia ocupacional como resultado de una enfermedad o accidente cubierto por el CONTRATO cuando la terapia es realizada después de una hospitalización cubierta por este CONTRATO.

1.86. RESIDENCIA

Para gozar del beneficio que otorga esta póliza, fuera de República Dominicana, se requerirá siempre que EL (LOS) ASEGURADO(S) resida(n) permanentemente en República Dominicana un total de nueve (9) meses durante el año de vigencia. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la resolución automática del presente CONTRATO.

Están exceptuados de esta limitación los dependientes hijos que cursen estudios en el extranjero, siempre que se encuentren inscritos como tales en los registros de LA COMPAÑÍA. EL CONTRATANTE y/o EL (LOS) ASEGURADO(S) deberán notificar a LA COMPAÑÍA el nombre del (LOS) ASEGURADO(S), nombre de la institución educativa, país de residencia y duración de los estudios en el extranjero.

1.87. SERVICIOS AMBULATORIOS

Tratamiento o servicios médicos proporcionados u ordenado por un médico, autorizado para ejercer como tal, que no requiere hospitalización. Estos pueden incluir servicios brindados dentro de cualquier centro de salud o sala de emergencia, con una duración igual o menor a veinticuatro (24) horas.

1.88. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE

Es el traslado por vía terrestre a consecuencia de una emergencia médica a un hospital.

1.89. SERVICIO DE AMBULANCIA AÉREA INTERNACIONAL

Es el traslado internacional por vía aérea a consecuencia de una emergencia médica a un hospital.

1.90. SERVICIO DE AMBULANCIA AÉREA LOCAL

Es el traslado y atención médica de emergencia en helicópteros dentro del territorio nacional a un Centro de Salud, a consecuencia de un accidente que atente de forma grave la salud de la persona.

1.91. SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN

Es todo tratamiento médico suministrado a EL (LOS) ASEGURADO(S) cuando no estén disponibles tratamientos o diagnósticos apropiados de servicios ambulatorios, si este se encuentra internado en el hospital, por un período ininterrumpido superior a veinticuatro (24) horas. Los servicios de hospitalización comprenden los cargos de habitación y alimentación en el hospital, así como el uso de todas las facilidades médicas del mismo. Incluye todos los

tratamientos y servicios médicos prescritos por un médico, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario para el tratamiento de la enfermedad o lesión amparada por este contrato.

1.92. SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X

Significa las pruebas de laboratorio, radiografías y procedimientos de medicina nuclear empleados para diagnosticar y tratar condiciones médicas.

1.93. SERVICIOS ELECTIVOS

Cualquier enfermedad para la cual no se requiera asistencia facultativa, tratamiento o cirugía inmediata, pudiendo ser los servicios pospuestos, sin perjuicio a la salud del (LOS) ASEGURADO(S).

1.94. SERVICIOS MÉDICOS

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

1.95. PLAN PRIVADO DE SALUD

Es el sistema organizado y establecido de conformidad con el presente CONTRATO, mediante el cual, y a través de la red prestadora de servicios adscrita se otorga la cobertura contratada y previo el pago del precio convenido, EL (LOS) ASEGURADO(S) obtiene(n) sus beneficios.

1.96. SOLICITUD

Significará los datos proporcionados bajo juramento por EL (LOS) ASEGURADO(S) en los formularios que LA COMPAÑÍA suministrará para los fines convenientes, quedando entendido que cualquier declaración dolosa y/o equívoca ocasionará la pérdida de todos sus derechos bajo el presente CONTRATO.

1.97. TARIFAS Y HONORARIOS MÉDICOS

Corresponde a las tarifas acordadas, a través de la red prestadora de servicios adscrita, en la que se basará el pago de las coberturas contratadas.

1.98. TERAPIA DEL LENGUAJE

Actividad realizada por un profesional en fonoaudiología o terapia del lenguaje, destinada a contribuir en el tratamiento de las alteraciones del lenguaje.

1.99. 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.

1.100. TERAPIA RESPIRATORIA

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

1.101. TRATAMIENTO ELECTIVO

Significa que un tratamiento, cirugía, suministro, procedimiento o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización), puede ser ordenado o programado a conveniencia del paciente, sin que se ponga en peligro la vida de dicho paciente o sin causarle severos trastornos a alguna de las funciones vitales del paciente.

1.102. TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS

Son los 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 médula 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.

1.103. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA A RAÍZ DE UN ACCIDENTE

Es todo tratamiento de emergencia necesario para la reconstrucción o el reemplazo de piezas dentales, que hayan sido dañadas o perdidas en un accidente, siempre que tal tratamiento sea provisto a consecuencia de un accidente cubierto bajo este CONTRATO, dentro de los noventa (90) días de ocurrido el mismo y que EL (LOS) ASEGURADO(S) haya(n) sido hospitalizado.

1.104. 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.

1.105. ÓRGANO

Parte del cuerpo humano la cual ejecuta una función específica.

1.106. RECIPIENTE

Persona que recibe un órgano o trasplante de tejido.

1.107. TEJIDO

Grupo de células especializadas similares, las cuales realizan una función particular en el cuerpo.

1.108. TRANSPLANTE

Procedimiento médicamente necesario, realizado mientras la cobertura de EL (LOS) ASEGURADO(S) bajo este contrato esté vigente, durante el cual:

Uno o más órganos son removidos de un donante (vivo o fallecido) por un proceso quirúrgico y aplicados al (LOS) ASEGURADO(S), considerado como el recipiente;

Tejido perteneciente a: a) un donante (vivo o fallecido) o b) el mismo ASEGURADO, y es aplicado por un proceso quirúrgico al ASEGURADO, considerado como el recipiente.

CLÁUSULA NO. 2 - OBJETO

LA COMPAÑÍA, dentro del marco de las obligaciones, condiciones, términos, coberturas y exclusiones previstos en el presente CONTRATO, se compromete, previo el pago de la prima que en cada caso deba pagar EL CONTRATANTE, a gestionar a través de la red prestadora de servicios de salud adscrita o a través de la red de prestadores en otros países, la cobertura de salud que requiera(n) EL (LOS) ASEGURADO(S), y asumir directamente los costos que ellos impliquen de acuerdo con este CONTRATO, las condiciones particulares, generales, endosos, entre otros; salvo en los casos expresamente determinados en el presente CONTRATO, en los que dichos beneficios se cubrirán por el mecanismo de reembolso y que no serán cubiertos a través de la red prestadora de servicios adscrita.

Una vez EL (LOS) ASEGURADO(S) haya(n) agotado la cobertura del Plan de Salud contratado, los costos por los servicios de salud prestados deberán ser pagados directamente por EL (LOS) ASEGURADO(S) a los Prestadores de servicios de Salud correspondiente, hasta la fecha de renovación del CONTRATO.

CLÁUSULA NO. 3 - COBERTURAS

Los servicios de salud y sus actos complementarios 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 las condiciones particulares del CONTRATO.

Los límites de coberturas máxima establecidas para EL (LOS) ASEGURADO(S) y/o familias están descritos y definidos en las condiciones particulares del presente CONTRATO de acuerdo al plan seleccionado por EL CONTRATANTE, los cuales se renuevan en cada anualidad del CONTRATO, a excepción del límite en exceso para enfermedades catastróficas y topes de vacunas, los cuales están definidos como límites vitalicios o de por vida en caso de estar incluidos en las condiciones particulares.

EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) utilizar la cobertura amparada en virtud del presente CONTRATO, a través de la red prestadora de servicios adscrita a LA COMPAÑÍA y mediante autorización previa expedida, salvo en los servicios en que LA COMPAÑÍA defina que no requieran autorización.

EL (LOS) ASEGURADO(S) tendrá(n) derecho a los beneficios estipulados en el Cuadro Póliza, mientras se encuentre asegurado bajo la presente póliza. LA COMPAÑÍA pagará los servicios prestados basándose en los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA).

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 será potestativa de LA COMPAÑÍA, previo reconocimiento de las diferentes asociaciones médicas, así como del análisis costo - efectividad de las mismas; en consecuencia, en ningún caso, LA COMPAÑÍA 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

LA COMPAÑÍA 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 a EL (LOS) ASEGURADO(S) durante su permanencia en la entidad hospitalaria de acuerdo con las condiciones, términos, y exclusiones previstos en el presente CONTRATO. Las condiciones de coberturas de este beneficio estarán definidas en las condiciones particulares.

En cualquier ciudad o país las urgencias médicas deberán ser atendida por la red prestadora de servicios adscrita conforme la cobertura contratada, salvo que el traslado a ellas amenace la vida o la integridad del EL (LOS) ASEGURADO(S), caso en el cual podrá(n) ser atendido(s) en un centro no adscrito y pagar a la institución el valor de los servicios, suma que podrán solicitar mediante el mecanismo de reembolso, el cual se efectuará de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con sus prestadores para este plan a la fecha de la prestación de los servicios y con el suministro de los documentos que sustentan el pago a dicho centro. Sin embargo, EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) ser trasladado(s) a un centro adscrito a la red prestadora de servicios contratada cuando sus condiciones médicas así lo permitan, a juicio de un médico adscrito a la red prestadora de servicios contratada.

En las ciudades o países donde no existan centros adscritos a la red de prestadora de servicios contratada, la urgencia podrá ser atendida por un centro no adscrito y le será reembolsado al EL (LOS) ASEGURADO(S) el valor de los gastos en que hubiere incurrido EL (LOS) ASEGURADO(S) por razón del beneficio prestado, reembolso que se efectuará conforme lo establecido en el CONTRATO y de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con la red prestadora de servicios correspondiente, a la fecha de la prestación de los beneficios y la presentación de los comprobantes de pagos y demás documentos que requiera LA COMPAÑÍA como soporte de los pagos realizados. En todo caso, únicamente

se reconocerá el valor de los beneficios incluidos dentro de la cobertura del CONTRATO.

El médico que atienda el caso en desarrollo del servicio será quien diagnostique la dolencia que sufra EL (LOS) ASEGURADO(S) 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 correspondiente a la cobertura contratada.

3.2. COBERTURAS AMBULATORIAS

3.2.1. CONSULTAS

Consultas médicas general y especializada para cuya atención ha sido contratada una red prestadora de servicios de acuerdo a la cobertura para que atiendan de manera ambulatoria en consultorio al (LOS) ASEGURADO(S), y cuya inscripción se encuentre vigente.

3.2.1.1. CONSULTAS PSICOLÓGICAS Y/O PSIQUIÁTRICAS

Se cubren hasta un máximo de treinta (30) consultas psicológicas no acumulables para años siguientes. Para la utilización de los servicios de consultas psicológicas, consultas de ortóptica (incluye tratamiento ortóptico y pleóptico) y consultas de nutrición, se requiere previa remisión de un médico adscrito debidamente diligenciada y con previa autorización, reservándose LA COMPAÑÍA, el derecho de asumir o no el costo de su utilización.

3.2.2. LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA

Se cubren los exámenes de laboratorio clínico y radiografías diferentes a los exámenes especializados de diagnóstico, practicados en los centros adscritos a la red prestadora de servicios contratada, previa autorización, siempre y cuando hayan sido solicitados por un médico tratante adscrito a la red prestadora de servicios contratada.

3.2.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO

Exámenes complementarios y de diagnóstico ambulatorios, tomados y procesados en los centros adscritos a la red de prestadora de servicios contratada, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación, que puedan adquirirse en este país, previa autorización de LA COMPAÑÍA, siempre y cuando su práctica se realice a través de la red prestadora de servicios adscrita de acuerdo a la cobertura contratada. 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 I y VIH II y la prueba confirmatoria WESTERN BLOT, según los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima 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

LA COMPAÑÍA 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 Décima de las Condiciones del CONTRATO.

3.2.5. CÁNCER

Se cubren los procedimientos para el tratamiento ambulatorio para el cáncer (quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia), al ochenta por ciento (80%). Con respecto a los medicamentos que requiera EL (LOS ASEGURADO(S)) para el tratamiento ambulatorio para el cáncer, únicamente se cubrirá, los productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las Condiciones del CONTRATO, quedando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico dentro de República Dominicana.

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 Novena y los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las Condiciones del CONTRATO.

3.2.8. VACUNAS

Para los planes con cobertura ambulatoria en República Dominicana (RD) se cubren, de manera local, según las edades y género masculino o femenino establecidas en las Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública RD y los protocolos internacionales Según la siguiente clasificación:

Programa Ampliado de Inmunizaciones: las vacunas contra BCG, Hepatitis B (Del Recién nacido), Rotavirus, Polio (Inyectado), Neumococo, Pentavalente (Difteria, tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B y Haemophilus influenzae B), Varicela, Triple Viral SRP (Sarampión-Rubeola-Papera), DPT (Difteria, Tétanos, Tos Ferina), TD (Difteria, Tétanos) y Virus del Papiloma Humano (VPH).

Fuera del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Vacuna Meningitis Meningocócica (Conjugada y Polisacárido), Neumococo No Conjugado 23, Tétanos y Difteria (DT), Vacuna de Influenza Adulto, Varicela, Vacuna Anti-Hepatitis B Recombinante-Pediatra, Vacuna Anti Hepatitis B Recombinante Adulto, Anti-Hepatitis A (Avaxim), Fiebre Amarilla, Antihemophilus, Antitoxina Tetánica (Equina), Antitoxina Tetánica (Humana), Diftérico, Tosferina y Tetánico (Dtwp) - Pertusis De Células Entera, Dtwp-Hib (Tetra), Doble Viral (Sr), Paperas (Parotiditis) Vacuna, Vacuna Anti-Rubeola, Vacuna Antirrábica Humana / Célula Vero, Vacuna Antirrábica Humana / Cpep, Vacuna

Antitifoídica (Viva Atenuada), Inmunoglobulina Antirrábica Humana, Inmunoglobulina Anti-Hepatitis b, Inmunoglobulina Tetánica. Vacuna Prevención Culebrilla (Herpes Zoster).

Estas vacunas se cubrirán de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las Condiciones del CONTRATO, hasta el límite establecido en las condiciones particulares del CONTRATO. Para los casos en los cuales la cobertura sea solicitada para los recién nacidos que hayan adquirido la calidad de bebé en gestación de acuerdo con las condiciones establecidas en el numeral 13.2 de la Cláusula Décima Tercera, no aplicarán los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las Condiciones del CONTRATO.

3.2.9. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Siempre y cuando se relacionen directamente con las enfermedades cubiertas bajo este CONTRATO y la cobertura se encuentre contratada dentro de los beneficios opcionales, se reconocerá por concepto de medicamentos ambulatorios hasta la cobertura máxima establecida en el anexo de medicamentos ambulatorios seleccionado por EL CONTRATANTE y definido en las condiciones particulares del CONTRATO.

PÁRRAFO PRIMERO: Para la cobertura local, solo se cubrirán medicamentos ambulatorios conforme a la cobertura del CONTRATO. En ese sentido, no estarán cubiertos:

- Los medicamentos prescritos en los consultorios particulares de las empresas;
- Los medicamentos cuyas cantidades a simple apreciación, resulten exageradas o sobre indicaciones (tratamientos que superen los treinta (30) días);
- Los medicamentos para varios pacientes en una sola indicación; y,
- Los calmantes sin indicación. Así mismo, los materiales de curación, tales como: gasas, Z-0, 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.

PÁRRAFO SEGUNDO: Para la cobertura internacional, se cubrirán los medicamentos ambulatorios conforme a lo establecido en las condiciones particulares del CONTRATO. No estarán cubiertos aquellos:

- Sin prescripción médica y que excedan la cantidad razonable para el tratamiento; el tiempo máximo para ser despachado es de noventa (90) días de tratamiento. Una vez terminado dicho plazo, EL (LOS) ASEGURADO(S) podrá(n) retirar por otro período igual, en caso de que la indicación sea por más de dicho plazo.
- Que se vendan sin receta médica, aunque sean indicados por un médico; excepto si está indicado por un médico que ejerza fuera de República Dominicana.
- Comprados de manera directa, dentro de Estados Unidos.

3.3. COBERTURAS HOSPITALARIAS

3.3.1. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Cubre los costos de hospitalización, tratamiento, honorarios intrahospitalarios del médico tratante y otros profesionales, medicamentos, terapias físicas, respiratorias, del lenguaje y ocupacionales, 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 Novena y los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las Condiciones 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.

En hospitalizaciones internacionales, la cobertura es en habitación compartida. En caso de que el hospital no tenga disponibilidad de ese tipo de habitación, el costo será de DOS MIL DÓLARES AMERICANOS (US\$2,000.00) por día de internamiento.

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, monitoria calidoscópica y de presión arterial, pulsioxímetro, cardio vector, 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 RECUPERACIÓN

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 médicas 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 DIAGNÓSTICO

LA COMPAÑÍA cubre los exámenes especializados de diagnóstico tomados y procesados en la Red de Prestadores adscrita a LA COMPAÑÍA, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación, previa autorización de LA COMPAÑÍA.

3.3.2. TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE

LA COMPAÑÍA reconocerá este servicio, siempre y cuando para el presente CONTRATO se haya seleccionado el beneficio adicional de transporte terrestre y esté detallado en las condiciones particulares del CONTRATO.

En el caso de los servicios de urgencias se reconocerá a través de un prestador de la red de servicios contratada mediante el mecanismo de reembolso, el cual se efectuará de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con la red prestadora de servicios contratada para este plan a la fecha de la prestación de los servicios y los soportes definidos para el reembolso, tales como factura en original, orden médica y resumen de la historia clínica.

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, ni los medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico dentro de República Dominicana.

3.3.4. RIÑÓN ARTIFICIAL Y DIÁLISIS

Este servicio cubre las diálisis y hemodiálisis intrahospitalarias, según los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las condiciones del CONTRATO, para los casos de afecciones renales

reversibles e irreversibles, siempre que no sean consideradas como condiciones preexistentes.

3.3.5. CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL

Solo se cubrirá este servicio, en la forma prevista en el numeral 1.16 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 (LOS) ASEGURADO(S), que esté contemplada la cobertura en el CONTRATO. 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 gineco obstétrica hospitalaria para LA (LAS) ASEGURADA(S) 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 13.2 de la Cláusula Décima Tercera de las condiciones del CONTRATO y complicaciones del embarazo. Conforme el presente CONTRATO, LA COMPAÑÍA se obliga a cubrir los servicios relacionados anteriormente para LA (LAS) ASEGURADA(S) cuyos embarazos se inicien a partir de los treinta y un (31) días del inicio de vigencia de LA (LAS) ASEGURADA(S) en el presente CONTRATO.

El límite de cobertura para estos servicios aplica para todos los gastos relacionados al embarazo, entiéndase todos los servicios desde que se diagnosticó el embarazo, antes, durante y al momento del evento del desembarazo, según se estipula en el Cuadro Póliza.

El recién nacido, en las maternidades cubiertas por LA COMPAÑÍA dentro de República Dominicana serán incluidos de manera inmediata y gozarán de las coberturas como cualquier asegurado.

Para los nacidos de maternidad no cubierta por LA COMPAÑÍA o fuera de República Dominicana, durante

la vigencia de la cobertura de la madre, gozará de los beneficios de la póliza provisionalmente hasta un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de su nacimiento, mientras se formalizan los trámites de inclusión de éste.

Los límites máximos de cobertura, diferenciados dentro o fuera de República Dominicana, están definidos en las condiciones particulares.

3.3.7. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Se cubre exclusivamente bajo la cobertura local, es decir, dentro del territorio de la República Dominicana, para cada ASEGURADO 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 treinta (30) días al año, no acumulable para vigencias siguientes.

3.3.8. TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA EL SIDA Y SUS COMPLICACIONES

Se cubre exclusivamente bajo la cobertura local, es decir, dentro del territorio de la República Dominicana, 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 Décima de las Condiciones Generales del CONTRATO. Con respecto a los medicamentos que requiera(n) EL (LOS) ASEGURADO(S) para el tratamiento hospitalario del SIDA y sus complicaciones, únicamente se cubrirá los productos farmacéuticos, dejando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

3.3.9. CÁNCER

La cobertura para Cáncer y el valor de los tratamientos médicos hospitalarios para esta patología, así como los gastos derivados de quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia, será de acuerdo con los períodos de carencia

estipulados en la Cláusula Décima de las condiciones generales del CONTRATO y las condiciones particulares del mismo.

Con respecto a los medicamentos que requiera(n) EL (LOS) ASEGURADO(S) para el tratamiento hospitalario, únicamente cubrirá los productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales, quedando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico dentro de República Dominicana.

3.3.10. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Para la cobertura local, es decir, dentro del territorio de la República Dominicana, se cubren los trasplantes de los siguientes órganos: riñón, corazón, medula ósea, hígado, pulmón, páncreas y de córnea. No están cubiertos los que no estén detallados en este punto.

Este servicio se cubrirá una sola vez de por vida por órgano, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las condiciones generales del CONTRATO. Se deja expresamente consagrado que en el monto máximo de cobertura para el donante será el establecido en las condiciones particulares de este contrato. Esta cobertura incluye, para el donante, hospitalización, tratamiento y/o cirugía, sea el donante del (LOS) ASEGURADO(S) o no. De igual forma, no hay obligación, en ningún caso, a realizar la consecución del órgano por trasplantar ni a cubrir su valor. La cobertura del donante se aplicará sólo cuando el receptor es un asegurado nuestro.

3.3.11. ESTADO DE COMA

Si EL (LOS) ASEGURADO(S) entra(n) en estado de coma, LA COMPAÑÍA solo 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.

3.3.12. MUERTE CEREBRAL

Si se llegase a presentar muerte cerebral, solo se cubrirá la hospitalización del (LOS) ASEGURADO(S) 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.

3.3.13. PRÓTESIS Y/O MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Se cubren únicamente las siguientes prótesis: las prótesis de reemplazo articulares (hombro, cadera, rodilla y codo), stent vasculares, cardíacos y lente intraocular, excepto los de corrección de la refracción y la presbicia.

Estos servicios serán cubiertos a través de la red prestadora de servicios contratada, que estén habilitados para ofrecerlos o mediante el mecanismo de reembolso hasta la cobertura máxima establecida en la tabla de coberturas máximas relacionada en el numeral 3.4. de la presente Cláusula.

El Material de Osteosíntesis, así como su adaptación o implantación, se reconocerá a través de la red prestadora de servicios contratada, que estén habilitados para 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 3.4. de la presente Cláusula, comprende la suma global que se reconocerá conjuntamente por las prótesis señaladas y por el material de osteosíntesis que él o (LOS) ASEGURADO(S), lleguen a requerir durante la vigencia de un año de contrato.

PÁRRAFO SEGUNDO

En todo caso, LA COMPAÑÍA realizará el reembolso a que haya lugar cuando sea el caso, una vez EL (LOS) ASEGURADO(S) haya(n) sido dado de alta de la cirugía o tratamiento médico hospitalario

3.3.14. MALLAS PARA CIRUGÍA DE PARED ABDOMINOPELVICA

Se cubrirán las mallas requeridas para la corrección de defectos de pared abdominal a través de la red contratada y, a su vez, esté en capacidad de ofrecerlo o mediante el mecanismo de reembolso hasta la cobertura máxima establecida en la Tabla de Coberturas Máximas relacionada en el numeral 3.4 de la presente Cláusula bajo prescripción médica y previa autorización de LA COMPAÑÍA.

3.3.15. DISPOSITIVOS PARA CIERRES PERCUTÁNEOS PARA LA CORRECCIÓN DE DEFECTOS CARDIACOS

Se cubrirán a través de la red prestadora de servicios contratados y, a su vez, esté en capacidad de ofrecerlo o mediante el mecanismo de reembolso hasta la cobertura máxima establecida en la tabla de coberturas máximas relacionada en el numeral 3.4. de la presente cláusula bajo prescripción médica y previa autorización de LA COMPAÑÍA, de lo contrario, no cubre la reposición por daño del dispositivo.

3.3.16. TUBOS DE VENTILACIÓN TIMPÁNICA (DIÁBOLOS)

Se cubren un par de tubos de ventilación timpánica (diábolos) por EL (LOS) ASEGURADO(S) por año de contrato, bajo prescripción médica y previa autorización de LA COMPAÑÍA, a través de la red prestadora de servicios contratada.

3.3.17. POMEROY (LIGADURA DE TROMPAS)

Este procedimiento quirúrgico se cubrirá a través de la red prestadora de servicios contratada y, a su vez, esté en capacidad de ofrecerlo, previa autorización de LA COMPAÑÍA y de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las Condiciones del CONTRATO.

Se deja expresamente consagrado que en ningún caso se 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 Décima de las Condiciones del CONTRATO, siempre y cuando LA (LAS) ASEGURADA(S) tenga(n) derecho a la cobertura de maternidad de acuerdo con las definiciones contenidas en el numeral 3.3.6 de la Cláusula Tercera.

3.3.18. VASECTOMÍA

Este procedimiento quirúrgico se cubrirá a través de la red prestadora de servicios contratada y, a su vez, esté en capacidad de ofrecerlo, previa autorización de LA COMPAÑÍA y de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las condiciones del CONTRATO.

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

3.3.19. CIRUGÍAS PARA CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE REFRACCIÓN VISUAL

Se cubrirá, en República Dominicana, la corrección quirúrgica de la Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo exclusivamente cuando el defecto sea superior a cinco (5) dioptrías, en las instituciones determinadas por la red prestadora de servicios contratada, o mediante el mecanismo de reembolso, en las ciudades en donde no se pueda ofrecer el servicio, hasta la cobertura máxima establecida en siete (7) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes, de acuerdo con la Tabla de Coberturas Máximas relacionada en el numeral 3.4. de la presente Cláusula y previa autorización de LA COMPAÑÍA.

Este servicio se cubrirá como un solo evento y una (1) sola vez por cada ojo, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Décima de las condiciones del CONTRATO 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 LA COMPAÑÍA.

3.4. COBERTURAS MÁXIMAS

LA COMPAÑÍA se obliga a otorgar los servicios de salud que se consignan a continuación al (LOS) ASEGURADO(S) del presente plan, sin perjuicio de las exclusiones y períodos de carencia establecidos en el CONTRATO, teniendo en cuenta la máxima responsabilidad y 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) ASEGURADO(S) y previa autorización de LA COMPAÑÍA, excepto cuando se trate de urgencias, consulta médica general y especializada y exámenes de laboratorio e imagenología ambulatoria no sometidos a este requisito.

3.4.1. 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) ASEGURADO(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 y adscritos a la red prestadora de servicios contratada.

CLÁUSULA NO. 4 - BENEFICIOS ADICIONALES

En adición a los beneficios indicados en la Cláusula Tercera, fuera de República Dominicana, EL (LOS) ASEGURADO(S) tendrá(n) derecho a los beneficios estipulados en las condiciones particulares del CONTRATO, estableciendo un límite máximo por evento, por vida o anual de cobertura.

PÁRRAFO PRIMERO

Para gozar del beneficio que otorga este CONTRATO, se requerirá siempre que EL (LOS) ASEGURADO(S) resida(n) permanentemente en República Dominicana por un total de nueve (9) meses durante el año de vigencia. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la resolución automática del presente CONTRATO, exceptuando los dependientes hijos que cursen estudios en el extranjero siempre que

se encuentren inscritos como tales en los registros de LA COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE y/o EL (LOS) ASEGURADOS deberá(n) notificar a la COMPAÑÍA el nombre de EL (LOS) ASEGURADO(S), nombre de la institución educativa, país de residencia y duración de los estudios en el extranjero.

4.1. ASISTENCIA EN VIAJE

EL (LOS) ASEGURADO(S) cuenta(n) con una cobertura de ASISTENCIA DE VIAJES que le será entregada junto con las condiciones particulares. Estas coberturas tienen una vigencia de treinta (30) días a partir del momento en que se inicie un viaje desde la República Dominicana.

4.2. AMBULANCIA AÉREA INTERNACIONAL

Serán cubiertos los gastos usuales, razonables y acostumbrados a EL (LOS) ASEGURADO(S) por el uso de ambulancia aérea a través de los proveedores que tiene LA COMPAÑÍA para estos fines, hasta el monto máximo estipulado en las condiciones particulares de este CONTRATO, al hospital seleccionado por el asegurado. Sólo aplicará para casos de emergencias cuando:

- Dicha urgencia no se pueda atender en el lugar donde se originó la emergencia.
- El (LOS) ASEGURADO(S) se encuentre(n) en estado de cuidados intensivos.
- EL (LOS) ASEGURADO(S) muestre(n) síntomas de incapacidad o enfermedades elegibles cubiertos.
- El tratamiento o procedimiento no esté disponible donde EL (LOS) ASEGURADO(S) está hospitalizado.
- La condición médica de EL (LOS) ASEGURADO(S) no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros.
- El Director Médico de LA COMPAÑÍA haya aprobado la necesidad del uso de una ambulancia aérea.
- El traslado es desde República Dominicana hasta el destino indicado por EL (LOS) ASEGURADO(S).

En caso de que EL (LOS) ASEGURADO(S) decida(n) contratar por su cuenta este servicio, deberá cumplir con los periodos de notificación a LA COMPAÑÍA. El monto a reembolsar por este concepto será en base a lo usual y razonable que pagaría LA COMPAÑÍA, dentro de sus proveedores de este servicio, para el destino indicado por el asegurado.

Los documentos requeridos para solicitar este servicio son:

1. Informe del médico tratante donde describa una breve historia, la situación en que se encuentra EL ASEGURADO y que autoriza su traslado en ambulancia área. Este documento debe estar en español e inglés.
2. Copia del pasaporte, incluidas las páginas de los datos generales y visa, del ASEGURADO y su acompañante.
3. Remitir información del hospital, el médico y la persona del área administrativa que aceptaron recibir al ASEGURADO.

4.3. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

En adición a los beneficios indicados en el numeral 3.3.10 de la Cláusula Tercera, una vez que se haya satisfecho el deducible, LA COMPAÑÍA abonará sujeto al deducible y coaseguro indicado en las condiciones particulares del CONTRATO los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por EL (LOS) ASEGURADO(S), mientras esté cubierto bajo este CONTRATO, por todos los tratamientos, procedimientos, servicios o suministros médicamente necesarios, proporcionados como resultado de un trasplante cubierto bajo este CONTRATO.

Los servicios por trasplantes, que incluyen los procedimientos e instalaciones donde se realizarán los trasplantes, deberán ser previamente aprobados por LA COMPAÑÍA. EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) notificar a LA COMPAÑÍA, tan pronto como se determine que es un candidato para un trasplante.

PÁRRAFO PRIMERO

Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por, o en relación con, un procedimiento de trasplante que no haya sido previamente aprobado por LA COMPAÑÍA o que no es considerado como médicamente necesario.

PÁRRAFO SEGUNDO

Los gastos cubiertos incluyen los gastos usuales, razonables y acostumbrados en relación con los siguientes procedimientos, servicios y suministros incurridos por o como resultado de un trasplante cubierto bajo este CONTRATO:

- Servicios médicos.
- Gastos de hospitalización o incurridos en un centro médico de trasplantes.
- Honorarios incurridos por la obtención de órganos.
- Medicamentos suministrados al paciente hospitalizado, y medicamentos para ser administrados en el hogar.
- Evaluación del paciente ambulatorio.
- Cuidados de Seguimiento.

PÁRRAFO TERCERO

Los beneficios de esta cobertura están limitados, conforme a lo indicado en las condiciones particulares del CONTRATO. Los beneficios para la repetición de un trasplante (un trasplante realizado por segunda vez debido al fracaso de un trasplante inicial), solo serán pagaderos si LA COMPAÑÍA lo aprueba como médicamente necesario.

En casos de trasplantes se requerirá una segunda opinión de un médico de la misma especialidad del médico de cabecera del (LOS) ASEGURADO(S). LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de someter la evaluación de la segunda opinión médica a cualquier médico que estime conveniente.

PÁRRAFO CUARTO

Fuera de República Dominicana sólo se cubren bajo este contrato los siguientes trasplantes:

- a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario;
- b) Médula ósea autóloga para:
- 1) Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B; o estado IV o B;
 - 2) Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; estado IV A o B;
 - 3) Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída;
 - 4) Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída;
 - 5) Tumores de células embrionaria;
- c) Médula ósea alogénica para:
- 1) Anemia a plástica;
 - 2) Leucemia aguda;
 - 3) Inmunodeficiencia severa combinada;
 - 4) Síndrome de Wiskott-Aldrich;
 - 5) Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg);
 - 6) Leucemia mielógena crónica (LMC);
 - 7) Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año;
 - 8) Betatalasemia homocigota (talasemia mayor);
 - 9) Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B;
 - 10) Linfoma de no-Hodgkin, estado III o estado IV.

Los médicos de LA COMPAÑÍA determinarán, con respecto a un trasplante, cuando un procedimiento en particular, tratamiento, dispositivo, droga o terapia para drogas puede ser considerado como experimental o investigativo.

4.4. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES.

En el caso de que EL (LOS) ASEGURADO(S) fallezca(n) en el exterior como consecuencia de una enfermedad sobre la cual estuviera recibiendo tratamiento médico pre certificado, LA COMPAÑÍA asumirá, hasta el monto

estipulado en las condiciones particulares, los siguientes gastos:

- Costo de ataúd.
- Trámites administrativos.
- Coordinación del traslado o cremación de los restos mortales, si así lo dispusiera la legislación vigente del país donde se produjo el deceso.

PÁRRAFO PRIMERO

Es requisito para la obtención de este beneficio que un familiar del fallecido se comunique con LA COMPAÑÍA inmediatamente después del fallecimiento.

La elección de los prestadores idóneos para repatriar los restos mortales, así como el ataúd, son de elección de LA COMPAÑÍA y la cobertura será hasta el límite del beneficio.

PÁRRAFO SEGUNDO

No aplica reembolso.

4.5. PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA (CHEQUEO PREVENTIVO)

El propósito es detectar condiciones o factores de riesgo que puedan predisponer al desarrollo de enfermedades, promover un estilo de vida saludable y favorecer el diagnóstico precoz de patologías cuyo tratamiento oportuno permita un buen pronóstico a largo plazo.

Este beneficio es aplicable para todos los asegurados mayores de cuarenta (40) años con los proveedores de servicios asignados por LA COMPAÑÍA y bajo las condiciones estipuladas en el Cuadro Póliza. Las pruebas y estudios pueden variar según proveedor de servicios seleccionado.

Acorde con los paquetes contratados por LA COMPAÑÍA y seleccionado por EL (LOS) ASEGURADO(S). Cualquier prueba o estudio adicional no está cubierto. Este beneficio sólo aplica dentro de la red con tratada por LA COMPAÑÍA. No aplica por reembolso.

4.6. SERVICIOS DE INTERCONSULTA

Mediante este servicio, LA COMPAÑÍA le ofrece un servicio de Consultas Médicas Internacionales, facilitándole a EL (LOS) ASEGURADO(S) efectuar consultas con destacados especialistas en el ámbito mundial para confirmar diagnósticos y tratamientos sobre la base de los últimos avances científicos y tecnológicos. Para esto EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) suministrar todo el historial clínico del caso a consultar, el cual será analizado por un equipo de especialistas que suministrarán un reporte al paciente y al médico tratante detallando sus opiniones y recomendaciones sobre el problema consultado.

4.7. AEROAMBULANCIA PERSONAL (AMBULANCIA AÉREA LOCAL)

Este beneficio queda sujeto a los términos y condiciones que se indican a continuación:

A. OBJETO.

AEROAMBULANCIA PERSONAL comprende los servicios de ambulancia aérea y atención médica primaria y de emergencia al (LOS) ASEGURADO(S), en todo el territorio nacional, en caso de ocurrirle un accidente o incidente de salud y cualquier otra emergencia o evento que atente de forma grave contra su salud.

Estos servicios se ejecutarán desde el lugar más cercano a la ubicación de los lesionados en el que el helicóptero ambulancia pueda aterrizar en condiciones de seguridad, hasta el helipuerto o punto de aterrizaje más cercano al Centro de Salud de destino, en el cual PANORAMA JETS, S.A. esté autorizado a aterrizar.

B. EJECUCIÓN DE LA ORDEN.

PANORAMA JETS, S.A. ejecutará los servicios requeridos por EL (LOS) ASEGURADO(S) de LA COMPAÑÍA siempre y cuando, y a juicio del personal médico de servicio, se trate de una emergencia de salud que amenace de manera inminente la vida del lesionado o la afección permanente del mismo, reservándose el derecho de decidir si despacha o no una unidad de helicóptero ambulancia y de igual manera

será de la exclusiva atribución del capitán del helicóptero o Aeronave Ambulancia el suspender o modificar en cualquier momento la misión de rescate. En caso de que PANORAMA JETS, S.A. no pueda cumplir con la programación u algún otro requisito de la orden, PANORAMA JETS, S.A. deberá avisar al ASEGURADO.

Ejecución de Órdenes Nocturnas. PANORAMA JETS, S.A. ejecutará los servicios requeridos en horas de la noche, sólo en las áreas y helipuertos autorizados por el Instituto de Aeronáutica Civil (IDAC). Otras áreas de aterrizaje podrán ser usadas, siempre a discreción del Capitán de la aeronave.

Destino. PANORAMA JETS, S.A. realizará el transporte médico desde cualquier punto de la geografía nacional hasta el helipuerto o punto de aterrizaje con seguridad más cercana al centro médico de preferencia del lesionado, afiliado, de sus familiares, o sus representantes, antes del inicio de la misión, sujeto a los presentes términos y condiciones. En caso de que no exista una designación del centro médico de traslado, el mismo se ejecutará hacia el centro médico que determine la tripulación de la Aeronave de PANORAMA JETS, S.A., atendiendo a los criterios profesionales y médicos de la tripulación que atiende la emergencia.

C. SUSPENSIÓN DE SERVICIOS.

PANORAMA JETS, S.A. podrá suspender en cualquier momento los Servicios de Transporte requeridos en virtud de un pedido u orden, por razones que escapan el control de PANORAMA JETS, S.A., relativas a las condiciones climáticas, las regulaciones del Instituto de Aeronáutica Civil (IDAC), casos de catástrofe nacional, tamaño y peso del lesionado, limitaciones de manufactura de los equipos, requerimientos de mantenimiento, o cualquier acto de un tercero, o un hecho de fuerza mayor no imputable a AEROAMBULANCIA, S.A., debiendo notificarlo a estos fines al (LOS) ASEGURADO(S) especificando las razones que motivaron la suspensión del mismo. La notificación de la suspensión o interrupción del servicio podrá realizarse de forma verbal o escrita.

D. INTERRUPCIÓN O SUSPENSIÓN DEL SERVICIO POR RAZONES MÉDICAS.

El personal médico de PANORAMA JETS, S.A. tendrá en todo momento la potestad de decidir si procede o no el traslado de un lesionado en razón de las condiciones médicas del mismo, las cuales serán evaluadas de acuerdo a la información recibida por PANORAMA JETS, S.A., antes del despacho de la aeronave y su tripulación y las comprobaciones realizadas en el sitio de rescate o abordaje del lesionado.

E. FUERZA MAYOR

Excepto cuando se especifique en el presente acuerdo, PANORAMA JETS, S.A. no será responsable de sus obligaciones contractuales cuando sus operaciones hayan sido obstaculizadas o impedidas por causa de fuerza mayor.

La parte que invoca la causa de fuerza mayor (i) notificará inmediatamente a la otra parte, (ii) hará todos los esfuerzos para remediar la causa del problema y (iii) cumplirá totalmente con sus obligaciones tan pronto como la causa haya desaparecido. La otra parte estará libre de sus obligaciones contractuales hasta el momento en el que la causa haya desaparecido.

CLÁUSULA NO. 5 - PRE-CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Todo servicio realizado al (LOS) ASEGURADO(S) fuera de República Dominicana deberá estar provisto de una PRE CERTIFICACIÓN emitida por LA COMPAÑÍA en relación con los beneficios pagaderos bajo este CONTRATO, para lo cual deberá notificar a LA COMPAÑÍA, por sí mismo o por alguien actuando en su nombre, sobre su intención de utilizar servicios médicos cubiertos por este CONTRATO y sobre los datos básicos al respecto con anticipación de por lo menos cinco (5) días hábiles en casos de servicios pre programados (servicios que pueden ser programados con anticipación), o lo más pronto posible en caso de servicios

de emergencias. En este caso la notificación deberá hacerse dentro de las próximas setenta y dos (72) horas después de haber comenzado la condición que amerite el tratamiento de la emergencia. El no cumplimiento de lo indicado conlleva que los reclamos tendrán un coaseguro de un veinte por ciento (20%) del total reclamado, sin límite para dicho coaseguro, luego de aplicado el deducible correspondiente.

LA COMPAÑÍA podrá requerir al (LOS) ASEGURADO(S) su evaluación por facultativos designados por ella durante el internamiento de aquellos en la Clínica, Hospital o en su domicilio particular, o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia de los beneficios requeridos. Asimismo, podrá investigar y solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido al (LOS) ASEGURADO(S). En general, podrá disponer de las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

En caso de que se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, LA COMPAÑÍA quedará completamente libre de toda obligación y EL (LOS) ASEGURADO(S) perderá(n) todo derecho o beneficio de indemnización.

En caso de que no se cumplan con las disposiciones establecidas en este artículo, LA COMPAÑÍA pagará, después de haber analizado las circunstancias particulares del caso, y mediante autorización previa, la indemnización correspondiente según el esquema previsto en las condiciones particulares del CONTRATO, salvo para los beneficios que conforme al presente CONTRATO esté establecido que no requieren autorización previa.

EL (LOS) ASEGURADO(S) tendrá(n) derecho a los beneficios estipulados en el Cuadro Póliza, mientras se encuentre asegurado bajo la presente Póliza. LA COMPAÑÍA pagará los servicios prestados basándose en los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA).

El requisito de PRE-CERTIFICACIÓN aquí descrito no garantiza o confirma, por sí misma, los beneficios pagaderos bajo este CONTRATO.

CLÁUSULA NO. 6 - 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 EL (LOS) ASEGURADO(S). Ninguna cobertura tendrá aplicación en oportunidad anterior a la establecida.

LA COMPAÑÍA 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) ASEGURADO(S), decisión que deberá quedar consignada en las condiciones particulares del CONTRATO.

CLÁUSULA NO. 7 - DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS

LA COMPAÑÍA sólo se obliga a cubrir exclusivamente los gastos por los beneficios incluidos dentro de la cobertura del presente CONTRATO.

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 LA COMPAÑÍA y en caso de haber sido prestados, su valor deberá ser asumido por EL (LOS) ASEGURADO(S) ante el profesional o la entidad correspondiente.

CLÁUSULA NO. 8 - PRESTACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SALUD

Los beneficios cubiertos por este CONTRATO serán prestados exclusivamente por los profesionales y entidades cuya inscripción esté vigente con la red prestadora de servicios contratada al momento de la prestación de los beneficios. Por tanto, no cubrirá gasto alguno por los servicios y los tratamientos prescritos o realizados por

profesionales o entidades no adscritos a la red prestadora de servicios contratada, salvo en los casos que se encuentren expresamente mencionados en las condiciones particulares del CONTRATO.

En los casos en que opere el mecanismo de reembolso, solo se reconocerá los gastos en que haya incurrido EL (LOS) ASEGURADO(S) hasta las coberturas máximas establecidas en el CONTRATO, de acuerdo con lo usual y razonable y a Tabla de Honorarios Médicos vigentes para los profesionales adscritos a la red prestadora de servicios contratada.

Para efecto de reembolsos a los que haya lugar, en virtud de lo consignado en los numerales 3.1. Atención de urgencias y/o emergencia; 3.2.8. Vacunas; 3.3.2. Traslado en ambulancia terrestre; 3.3.13. Prótesis y/o Material de osteosíntesis; 3.3.14. Mallas para cirugía de pared abdominal; 3.3.15. Dispositivos para cierres percutáneos para la corrección de defectos cardíacos; 3.2.9. Medicamentos ambulatorios pre hospitalarios y post-hospitalarios; 3.3.19. Cirugías para corrección de defectos de refracción visual; 4.2. Ambulancia Aérea, 4.4. Repatriación de Restos Mortales y, en general, para todos los casos en que de conformidad con las condiciones contractuales se deba realizar un reembolso al (LOS) ASEGURADO(S), según el caso, deberá(n) solicitar a LA COMPAÑÍA 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 prestado el beneficio con el respectivo soporte de pago, fotocopia de la cédula, fotocopia del carné que lo acredita como afiliado, fotocopia del resumen de atención médica correspondiente para efectos de auditoría médica, en los casos en que ésta se requiera. Dicha solicitud deberá ser efectuada por parte del (LOS) ASEGURADO(S) en un término máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que EL (LOS) ASEGURADO(S) haya(n) recibido el servicio, vencido el término anterior LA COMPAÑÍA no estará obligada a reintegrar o rembolsar, según sea el caso, los valores solicitados.

Para gastos médicos incurridos en los Estados Unidos de Norteamérica, por los cuales EL (LOS) ASEGURADO(S) solicita(n) a LA COMPAÑÍA reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) obtener de dichos proveedores, los formularios procesados conocidos como HCFA 1500 o CMS-1500 (formulario universal de los proveedores en los Estados Unidos), UB-92 (formulario universal de los hospitales en los Estados Unidos) o la factura detallada que contenga los siguientes datos: nombre del proveedor, dirección y número de registro fiscal (Tax ID), fecha del servicio, Código de Procedimiento (código CPT) y Código de Diagnóstico (código ICD-9).

Si se trata de un accidente, EL ASEGURADO TITULAR, además de lo indicado, deberá entregar a LA COMPAÑÍA una declaración por escrito suministrando todos los datos referentes al accidente y circunstancias en que se produjo.

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, LA COMPAÑÍA quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y EL (LOS) ASEGURADO(S) perderá(n) todo derecho al pago del reembolso, según sea el caso, siendo además causal de terminación automática del presente CONTRATO.

LA COMPAÑÍA en ningún caso cubrirá el valor de los siguientes beneficios prestados por fuera de la red prestadora de servicios contratada: exámenes de control o de rutina; servicios cuya realización haya sido previsible por EL (LOS) ASEGURADO(S) o su médico, antes del traslado de aquel a un lugar donde la red prestadora de servicios contratada no tenga centros adscritos y en general, cualquier beneficio que no corresponda a una urgencia en los términos del presente CONTRATO.

CLÁUSULA NO. 9 - EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA 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 al (LOS) ASEGURADO(S), incluso en los casos de urgencias por causa o como consecuencia de los casos que a continuación taxativamente se relacionan:

9.1. PREEXISTENCIAS, de acuerdo con la definición establecida en el numeral 1.76. 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. Para los niños nacidos dentro de la póliza y EL (LOS) ASEGURADO(S) con más de 10 años de vigencia no aplica la exclusión de anomalía congénita y/o hereditaria.

PÁRRAFO PRIMERO

Cualquier Condición Pre-Existente no reportada puede resultar en una negación del servicio o en una cancelación del CONTRATO.

9.2. Hidroterapia, celuloterapia, puvoterapia, mesoterapia, tratamientos médicos y quirúrgicos para la obesidad o el adelgazamiento, tratamientos de rejuvenecimiento, cosmetología y cámara hiperbárica. Síndrome de Fatiga Crónica, tratamientos médicos alternativos. Homeopatía, acupuntura, bioenergética, excepto la consulta médica de estos últimos servicios, cubierta a través de médicos adscritos a la red prestadora de servicios contratada.

Todos aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que no hayan sido homologados y/o avalados por Organizaciones Internacionales que certifican los procedimientos médicos.

9.3. Hospitalización para Chequeos Ejecutivos, exámenes para certificados médicos, hospitalización para cirugías o tratamientos que puedan realizarse en forma ambulatoria.

9.4. Psicoterapia ambulatoria individual, familiar o grupal.

9.5. Afecciones y/o traumas dentales, alveolares o gingivales, así como las complicaciones derivadas de tratamientos odontológicos, a menos que los mismos sean requeridos como consecuencia de un accidente cubierto bajo este CONTRATO, el cual sólo incluirá la reparación o

reemplazo de dientes que fueron afectados en el accidente y sean reclamados a más tardar noventa (90) días después del accidente. En ningún momento y bajo ninguna modalidad se cubrirá el suministro de prótesis dentales ni su implantación.

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

9.7. 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 dentro de República Dominicana.

9.8. Medicamentos en Ambulatorio. No serán cubiertos:

- a. Sin prescripción médica y que excedan la cantidad razonable para el tratamiento;
- b. Que se vendan sin receta médica, aunque sean indicados por un médico; excepto si está indicado por un médico que ejerza fuera República Dominicana.
- c. Adquiridos dentro de la República Dominicana.
- d. Medicamentos adquiridos fuera de la red de Proveedores o Farmacias.
- e. Mediante el mecanismo de Reembolso, para medicamentos comprados en USA o República Dominicana.

9.9. Conductas terapéuticas y/o procedimientos médico quirúrgicos no aprobados por Organismos Internacionales que avalan los procedimientos médicos.

9.10. Todo tipo de aparatos de complemento terapéutico, tales como, bragueros, estructuras de soporte para caminar, sillas de ruedas, muletas, fajas, medias anti embólicas ambulatorias, audífonos, lentes para anteojos, cualquier tipo de calzado ortopédico, plantillas, entre otros.

9.11. Todo tipo de prótesis, salvo lo dispuesto en la Cláusula Tercera numeral 3.3.13.

9.12. Todo tipo de mallas, excepto las especificadas en el numeral 3.3.14. de la Cláusula Tercera.

9.13. Servicios médicos relacionados con la inmunoprevención, inmunoterapia, autovacunas, y evaluación del sistema inmunitario, dentro de República Dominicana. Fuera de República Dominicana se cubre hasta el límite la cobertura de medicinas ambulatorias.

9.14. 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 3.3.17. y 3.3.18. de la Cláusula Tercera, con las limitaciones que en los numerales mencionados se establecen.

9.15. La reserva de la sangre que no sea aplicada a EL (LOS) ASEGURADO(S). El costo de la sangre aplicada, sus derivados y análisis necesarios estará cubierto.

9.16. 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) ASEGURADO(S) en estado de embriaguez o bajo los efectos de haber consumido bebidas embriagantes o estupefacientes. Se considera válida la información suministrada por la red prestadora de servicios contratada, aunque no se realicen las pruebas. También quedan excluidos todos los tratamientos de rehabilitación y/o manejo de dichas adicciones.

9.17. Exámenes diagnósticos para estudios genéticos, excepto cuando se trate de bebés en gestación según lo consignado en el numeral 13.2 de la Cláusula Décima Tercera.

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

9.19. Intento de suicidio y lesiones auto provocadas deliberadamente por EL (LOS) ASEGURADO(S), así como las enfermedades y/o lesiones que sean consecuencia de lo anterior, o las que se produzca EL (LOS) ASEGURADO(S) 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.

9.20. Lesiones originadas en riñas en que participe EL (LOS) ASEGURADO(S) habiéndolas o no ocasionado.

9.21. Lesiones o afecciones causadas o provocadas directa o indirectamente por el hombre en forma accidental o voluntaria, tales como daños por energía atómica o nuclear, actos de 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.

9.22. Enfermedades transmisibles que sean declaradas como epidemias por la Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).

9.23. Corrección para defectos de refracción visual fuera de República Dominicana. Dentro de República Dominicana también están excluidas, excepto las cirugías por miopía, hipermetropía y astigmatismo, según las condiciones estipuladas en el artículo 3.3.19. Así como, el suministro de anteojos y/o lentes en la cobertura local e internacional.

9.24. Obesidad, calvicie, cirugías plásticas o cosmética, y sus complicaciones, así como también los exámenes de diagnóstico o seguimiento de estas, 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.

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

9.26. Atención médica o tratamientos ocasionados con fines exclusivamente de diagnóstico, o por chequeos médicos generales, a no ser que el médico certifique que el tratamiento o servicio es médicamente necesario.

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

9.28. Enfermedad Mental o Nerviosa. Ningún beneficio o servicio incluyendo servicios psiquiátricos estarán cubiertos con respecto a enfermedades mentales o nerviosas, salvo lo indicado en el numeral 3.2.1. de la Cláusula Tercera.

9.29. Gastos Incurridos por acompañantes de un ASEGURADO mientras éste se encuentra hospitalizado.

9.30. Los Servicios Electivos están excluidos en los primeros seis (6) meses a partir de la fecha de ingreso del (LOS) ASEGURADO(S).

9.31. Cualquier complicación resultante de un tratamiento médico o cirugía, relacionado con cualquier enfermedad, accidente, o condición que esté excluido en este CONTRATO.

9.32. Servicios Prestados por un pariente cercano, según la definición del acápite 1.70

9.33. Los gastos que soporten reclamaciones después de noventa (90) días de haberse recibido los servicios.

9.34. Medicamentos sin prescripción médica y que excedan la cantidad razonable para el tratamiento.

9.35. Deficiencias de los Pies. No será cubierto ningún servicio podiátrico y/o cirujano ortopédico por cuidado de los pies relacionados, con: aplicaciones de zapatos o aparatos especiales, así como cualquier problema de origen congénito o hereditario. Esas últimas estarán sujetas a las condiciones definidas en la Cláusula Décima en este CONTRATO.

9.36. Tratamiento de Mandíbula. Ningún servicio será cubierto con relación a tratamiento por cualquier método

de problemas de acoplamiento mandibular, incluyendo Síndrome de Acoplamiento Temporomandibular y Desórdenes Cráneo mandibular y cualquier otra condición de deficiencia mandibular relacionada con músculos, nervios y tejidos de la mandíbula.

9.37. Todos los gastos en general que no sean médicamente necesarios o recomendados por un médico para la recuperación de la salud del (LOS) ASEGURADO(S).

9.38. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

9.39. Tratamiento de Acupuntura, quiropráctico, del dolor o fisiología.

9.40. Tratamientos Experimentales o para Investigación.

9.41. Suministro de brazos u ojos artificiales, prótesis, aparatos mecánicos o electrónicos, equipos ortopédicos.

9.42. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de actividades y/o deportes que, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes exponen la vida del (LOS) ASEGURADO(S). Además de las lesiones a consecuencia de transporte por avión cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros. Lesiones provocadas en el uso o participación de Parapentes, saltos de paracaídas real o en simuladores. Así como cualquier otro tipo de deportes extremos.

9.43. Los servicios proporcionados como resultado de, o relacionado en cualquier manera a un trasplante que no esté específicamente nombrado como un trasplante cubierto bajo este CONTRATO; o el cual no ha sido previamente aprobado por LA COMPAÑÍA; o que sea considerado como experimental, investigativo o electivo.

9.44. Trasplante proporcionado cuando un tratamiento alterno, o procedimientos igualmente efectivos estuviesen disponibles al paciente, para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable por la realización del trasplante.

9.45. Trasplante proporcionado para, o como resultado de un trasplante, por el cual el recipiente es proporcionado de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos; o cuando el donante es de especie animal.

9.46. Los trasplantes proporcionados antes o después del periodo de vigencia de este CONTRATO.

9.47. Los trasplantes que médicamente no son necesarios; o se realizan en una institución no considerada como un centro clínico u hospitalización o centro médico de trasplantes; o no es la única alternativa para que EL (LOS) ASEGURADO(S) pueda(n) tener una vida normal, a pesar de su enfermedad o condición.

9.48. Los trasplantes que sus costos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

9.49. Todo procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, curso de tratamiento, equipo, droga o medicamento que:

1. No es aceptado generalmente como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por el consenso de Organizaciones Internacionales que avalan los procedimientos médicos; 2. Está bajo investigación o limitado a investigación; 3. Su uso es restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; 4. No se ha probado de manera objetiva, que posea valor o beneficio terapéutico; 5. Su efectividad médica es discutible en relación a su funcionamiento; y 6. Está bajo estudio, investigación, en un período de prueba, o en cualquier fase de un ensayo clínico (que incluye protocolos de estudio).

9.50. Gastos de aire acondicionados, humectantes, purificadores de aire, bolsas de agua, enemas, equipos de hospital, o equipos similares a estos para ser usados en la casa.

9.51. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual (con la excepción de que dicho problema exista a consecuencia de una enfermedad orgánica o causada por un accidente) y en esa circunstancia el procedimiento que se cubre por

este plan sería considerado como el primer procedimiento o paso hecho (de cualquier forma, o como se llame), excluyendo el reemplazo del injerto de prótesis de pene.

9.52. Tratamientos de crio-preservación o crio genéticos, o de implantación o reimplantación de células vivas.

9.53. Servicios prestados por el estado u otra organización o institución médico asistencial que no exija pago alguno.

9.54. Tratamiento que exceda los gastos usuales, razonables y acostumbrados; o que no sea médicamente necesario, o tratamientos recibidos bajo internamiento que pudiera haberse recibido en forma ambulatoria, o el cual no hubiese sido suministrado de no existir este seguro; o por el cual no se han hecho cargos; o por el que un ASEGURADO no está legalmente obligado a pagar.

9.55. Gastos incurridos por servicios de cuidado de custodia, cuidado de la salud en el hogar (incluyendo equipos), enfermera en el hogar, o servicios proporcionado en un centro o institución de convalecencia, centros de rehabilitación, hospicio, spas, asilo u hogar de ancianos, u otra institución similar, aun cuando el paciente requiera tal internamiento, o aun cuando un médico lo haya certificado como necesidad médica.

9.56. Esta póliza no cubre a personas que se encuentren privados de su libertad legalmente.

CLÁUSULA NO. 10 - PERÍODOS DE CARENCIA

Están sometidos a períodos de carencia los servicios y/o coberturas que se especifican a continuación:

10.1. Atención ginecobstetricia ambulatoria y hospitalaria: A partir de los treinta y un (31) días, contados a partir de la fecha de vigencia de la (las) usuaria(s), siempre y cuando se trate de embarazos iniciados después de dicho período.

10.2. Tratamiento psiquiátrico hospitalario: A partir del último día del sexto (6) mes, contados a partir de la fecha de vigencia del (LOS) ASEGURADO(S).

10.3. A partir del último día del décimo segundo (12) mes, contados a partir de la fecha de vigencia del (LOS) ASEGURADO(S), los siguientes:

- 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 vascular, aneurisma y todo tipo de tumor dentro o fuera del cráneo.
- Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor, ocurrido previo el inicio de vigencia.
- 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.

10.4. A partir del último día del tercer (3) año, contados a partir de la fecha de vigencia del (LOS) ASEGURADO(S), los siguientes:

- 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.

- Tratamiento clínico o quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito. Para los niños nacido dentro de la póliza y EL (LOS) ASEGURADO(S) con más de 10 años de vigencia no aplica esta exclusión.
- Cirugías para corrección de defectos de refracción visual.

10.5. A partir del último día del sexto (6) mes, para cirugías electivas, contado a partir de la fecha de vigencia del (LOS) ASEGURADO(S).

CLÁUSULA NO. 11 - OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE Y EL (LOS) ASEGURADO(S)

11.1. A CARGO DEL CONTRATANTE se obliga para con LA COMPAÑÍA a:

11.1.1. Declarar y contestar en forma completa y veraz en el cuestionario de salud que le presente LA COMPAÑÍA, 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 ASEGURADO(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.

11.1.2. Pagar de manera anticipada el valor del presente CONTRATO, según lo consagrado en la Cláusula Décima Segunda del presente CONTRATO.

11.1.3. Reintegrar a LA COMPAÑÍA dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que ésta lo solicite, el valor de los beneficios otorgados cuando dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la prestación de algún beneficio, LA COMPAÑÍA verifique que EL (LOS) ASEGURADO(S) no tenía(n) derecho a tales beneficios según los términos, condiciones, coberturas, limitaciones y/o exclusiones pactadas 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 LA COMPAÑÍA, toda vez que, de lo contrario, LA COMPAÑÍA tendrá la posibilidad de solicitar el reembolso mientras el presente CONTRATO se encuentre

vigente. En todo caso LA COMPAÑÍA podrá reclamar los reembolsos solicitados por vía judicial y sin necesidad de requerimiento previo alguno, por lo que EL (LOS) ASEGURADO(S) renuncia(n) a todo tipo de requerimiento, pudiendo LA COMPAÑÍA iniciar la acción ejecutiva para el recaudo de los dineros 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 beneficios realice LA COMPAÑÍA.

11.1.4. Pagar la totalidad de los impuestos que graven o lleguen a gravar el presente CONTRATO.

11.1.5. EL CONTRATANTE y EL (LOS) ASEGURADO(S) se obliga(n) con LA COMPAÑÍA, 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 LA COMPAÑÍA, como consecuencia de la atención prestada a EL (LOS) ASEGURADO(S) accidentado(s), dentro de las condiciones, términos, coberturas y exclusiones previstos en el presente CONTRATO. En caso de que EL CONTRATANTE o EL (LOS) ASEGURADO(S) obtenga(n) indemnización de parte de los responsables o de cualquier persona o entidad, por concepto de los gastos médico-asistenciales asumidos por LA COMPAÑÍA, deberá entregar a esta última tal indemnización, inmediatamente y hasta concurrencia de los gastos asumidos. EL CONTRATANTE y EL (LOS) ASEGURADO(S) declara(n) expresamente que, sin perjuicio de las obligaciones asumidas por virtud del CONTRATO, subroga voluntariamente a LA COMPAÑÍA 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 LA COMPAÑÍA la información y documentos que ésta requiera para la realización de los trámites correspondientes.

PÁRRAFO

LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos sobre la base de la cobertura del CONTRATO por lesiones recibidas por EL (LOS) ASEGURADO(S), ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas o de empresas que tienen cobertura para dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación, LA COMPAÑÍA podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, de los aseguradores de estos. En igual forma lo podrá hacer con EL CONTRATANTE y/o EL (LOS) ASEGURADO(S), si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación. Por tanto, LA COMPAÑÍA pagará el beneficio del presente CONTRATO sujeto a que EL CONTRATANTE y EL (LOS) ASEGURADO(S):

- a) Firmen el finiquito respectivo y subroguen en LA COMPAÑÍA todos y cada uno de los derechos que pudiera corresponderle conforme a esta cláusula.
- b) No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.
- c) Cooperen y asistan en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

11.1.6. Todas las demás que en su calidad de (LOS) ASEGURADO(S) le sean aplicables de conformidad con el numeral 11.2 de la Cláusula Décima Primera de este CONTRATO.

11.2. A CARGO DEL (LOS) ASEGURADO(S)

EL (LOS) ASEGURADOS(S) se obliga(n) para con LA COMPAÑÍA a:

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

11.2.2. Presentar a la red prestadora de servicios contratada o en las oficinas de LA COMPAÑÍA, según sea el caso, el carné que lo acredite como afiliado a LA COMPAÑÍA, 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.

11.2.3. Presentar ante la red prestadora de servicios contratada la autorización expedida por LA COMPAÑÍA, en todos aquellos casos en que así lo exija LA COMPAÑÍA.

11.2.4. Acudir a la respectiva cita médica, cuando LA COMPAÑÍA le exija examen médico de ingreso, cita médica que deberá solicitar EL (LOS) ASEGURADOS(S) dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que LA COMPAÑÍA le informe de tal requisito. En caso de que EL (LOS) ASEGURADO(S) incumpla(n) con el citado requisito, se entenderá que el mismo ha desistido de formar parte del contrato en su calidad de ASEGURADO.

11.2.5. Asumir los costos que impliquen la práctica de los exámenes médicos de ingreso, los cuales se realizarán en el sitio y horas determinadas por LA COMPAÑÍA.

11.2.6. Entregar en las oficinas de LA COMPAÑÍA, 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

ASEGURADO(S) de LA COMPAÑÍA. En caso contrario se hacen responsables por la indebida utilización que se les dé a estos documentos.

11.2.7. Restituir a LA COMPAÑÍA los costos ocasionados por los servicios recibidos por EL (LOS) ASEGURADO(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 del (LOS) ASEGURADO(S), o por el uso indebido de los mismos, sin perjuicio de las acciones judiciales a que haya lugar.

11.2.8. EL (LOS) ASEGURADO(S) o por un tercero, autoriza(n) a LA COMPAÑÍA cuando lo crea necesario, a

solicitar a su costa la autopsia de cualquier asegurado, siempre que no exista prohibición legal.

11.2.9. Permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y suministrar copia de la misma cuando así lo solicite LA COMPAÑÍA. 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 LA COMPAÑÍA, a través de sus instituciones y profesionales adscritos a la proveedora de cobertura, y 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 NO. 12 - VALOR Y FORMA DE PAGO

El pago del presente CONTRATO se realizará por parte del CONTRATANTE a LA COMPAÑÍA por anualidades anticipadas, antes de la vigencia del CONTRATO, como contraprestación por los beneficios objeto del mismo y teniendo en cuenta el número de ASEGURADO(S) que se afilien, las tarifas, rangos de edad, relación y sexo que sean publicadas por LA COMPAÑÍA de conformidad con las disposiciones legales sobre el particular y según lo consagrado en la Cláusula Vigésima Segunda del presente CONTRATO. Las tarifas establecidas por LA COMPAÑÍA están basadas en rangos diferenciales de edad, relación y sexo.

EL CONTRATANTE deberá realizar los pagos bajo las modalidades autorizadas por LA COMPAÑÍA. Esta última podrá conceder 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 LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no tal solicitud.

PÁRRAFO

La falta de pago, en la forma descripta anteriormente, suspenderá los servicios descritos en este CONTRATO, endosos, anexos y condiciones particulares. EL CONTRATANTE tendrá una gracia de treinta (30) días para pagar la prima, sin afectar los derechos adquiridos por antigüedad de la póliza. Transcurrido dicho período, deberá someterse nuevamente a los procesos de elegibilidad y periodos de carencia.

CLÁUSULA NO. 13 - INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DEL CONTRATANTE Y/O EL (LOS) ASEGURADO(S) AL CONTRATO

13.1. INCLUSIÓN DEL (LOS) ASEGURADO(S) AL CONTRATO

La inclusión de ASEGURADOS adicionales a los inicialmente inscritos deberá ser solicitada por EL CONTRATANTE en las oficinas de LA COMPAÑÍA mediante el trámite de la respectiva solicitud de afiliación y el cuestionario de salud. Si dicha solicitud es aceptada por LA COMPAÑÍA, el (los) nuevo(s) ASEGURADO(S) adquirirá(n) derecho a los beneficios según lo establecido por el presente CONTRATO, a partir del día siguiente de su registro en el sistema de informática de LA COMPAÑÍA. Si pasados treinta (30) días desde la fecha de la presentación de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha expedido el anexo de novedades, se entenderá que la solicitud ha sido rechazada. Para determinar la fecha de inclusión de nuevos ASEGURADOS al CONTRATO, para fines de facturación, de ser aceptada por LA COMPAÑÍA, 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 ASEGURADOS 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) ASEGURADO(S).

PÁRRAFO

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de nuevos ASEGURADOS, así como el de explicar los motivos o razones para la negativa.

De igual forma, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir, a quienes aspiren a ser ASEGURADOS bajo el presente CONTRATO, que se sometan a un examen médico que será practicado por profesionales señalados por LA COMPAÑÍA.

En todo caso no habrá lugar a la devolución de sumas de dinero pagadas por EL CONTRATANTE y/o por EL (LOS) ASEGURADO(S) por concepto de exámenes médicos.

Igualmente, durante la vigencia del CONTRATO LA COMPAÑÍA podrá requerir al (LOS) ASEGURADO(S) para que se someta(n), dentro de un plazo determinado, a exámenes practicados por médicos señalados por la misma, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho ASEGURADO(S), antes o con posterioridad a la realización de riesgos cubiertos por este CONTRATO.

De igual forma, LA COMPAÑÍA podrá, cuando lo crea necesario, solicitar a su costa la autopsia de cualquier ASEGURADO, siempre que no exista prohibición legal.

El incumplimiento de las anteriores obligaciones de EL (LOS) ASEGURADO(S) permitirá a LA COMPAÑÍA dar por terminado el CONTRATO de seguro mediante comunicación escrita dirigida a la última dirección registrada de EL (LOS) ASEGURADO(S), cuando dicho incumplimiento se presentará antes de la ocurrencia de un siniestro; si se presentará después, permitirá a LA COMPAÑÍA, además, deducir de la indemnización los perjuicios que el incumplimiento le pueda producir.

13.2. COBERTURA DEL BEBE(S) EN GESTACIÓN Y DEL RECIÉN NACIDO

LA(S)ASEGURADA(S) que tenga(n) derecho a Maternidad, de acuerdo a lo establecido en el presente CONTRATO, tendrá(n) derecho a las coberturas de diagnósticos y pruebas que sean necesarias para el seguimiento y evaluación de la condición del bebé en gestación.

LA COMPAÑÍA cubrirá los servicios neonatales médicos y hospitalarios contemplados dentro de las coberturas del evento del nacimiento y las coberturas indicadas en la cláusula 1.81 de Recién Nacido con Problemas y hasta el límite indicado en las CONDICIONES PARTICULARES.

Si dentro de los treinta (30) 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 LA COMPAÑÍA, 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 ASEGURADO, hasta el límite establecido en las condiciones particulares, 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 de (los) recién nacido(s), en calidad de ASEGURADO(S) del CONTRATO, los valores de los servicios recibidos deberán ser cubiertos en su totalidad por EL CONTRATANTE.

Cuando el potencial ASEGURADO sea un recién nacido, será discrecionalidad de LA COMPAÑÍA su aceptación como tal en el CONTRATO. Si la inclusión es solicitada y aceptada dentro de los primeros treinta (30) días de vida del recién nacido, éste quedará incluido como ASEGURADO del CONTRATO a partir de las fechas indicadas en el inciso segundo del numeral 13.1 de la Cláusula Décima Tercera, sin que exista solución de continuidad frente a las coberturas del CONTRATO. Si la solicitud de inclusión se realiza después de los primeros treinta (30) días de vida del recién nacido, se tramitará como la de cualquier

ASEGURADO adicional y la fecha de vigencia será la que aparezca en el anexo de inclusión correspondiente.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de nuevo(s) ASEGURADO(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) ASEGURADO(S) por concepto de exámenes médicos.

13.3. REQUISITOS PARA LA INCLUSIÓN DE ASEGURADO(S) AL CONTRATO

13.3.1. EDAD

Son elegibles todas aquellas personas que EL CONTRATANTE tenga interés en vincular al CONTRATO en calidad de ASEGURADO(S) y sin límite de edad de permanencia, donde debe prevalecer la relación de grupo familiar que asocie EL (LOS) ASEGURADO(S) dentro del CONTRATO, (Titular, Cónyuge e Hijos). Las personas son elegibles como ASEGURADO(S) hasta los sesenta y cinco (65) años de edad.

13.3.2. SOLICITUD DE AFILIACIÓN

El CONTRATANTE debe diligenciar, bajo su exclusiva responsabilidad, la solicitud de afiliación diseñada para el efecto por LA COMPAÑÍA.

13.3.3. CUESTIONARIO DE SALUD

Para efectos de verificar las respuestas dadas en el cuestionario de salud, el potencial ASEGURADO se obliga a permitir a LA COMPAÑÍA 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 LA COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE y EL (LOS) ASEGURADO(S) 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.

13.3.4. EXAMEN MÉDICO

LA COMPAÑÍA podrá, cuando lo considere necesario, solicitar examen médico de ingreso como requisito de inclusión, a través de la red prestadora de servicios contratada, para todos o algunos de los potenciales ASEGURADOS.

Igualmente, durante la vigencia del CONTRATO LA COMPAÑÍA, podrá requerir al (LOS) ASEGURADO(S) para que se someta(n), dentro de un plazo determinado, a exámenes practicados por médicos señalados por la misma, cuando sea razonablemente necesario a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho asegurado o asegurados, antes o con posterioridad a la realización de riesgos cubiertos por esta Póliza.

13.4. EXCLUSIÓN DEL CONTRATANTE AL CONTRATO

La exclusión del CONTRATANTE del presente contrato deberá ser comunicada por escrito por EL CONTRATANTE a LA COMPAÑÍA, a través de sus oficinas, acompañando a tal comunicación el (los) carné del (LOS) ASEGURADO(S) a retirar.

EL (LOS) ASEGURADO(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 LA COMPAÑÍA.

Para determinar la fecha de exclusión del ASEGURADO(S) 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 ASEGURADO(S) y EL CONTRATANTE tuviere pagadas la totalidad o parte de las cuotas por un período de tiempo mayor, LA COMPAÑÍA se obliga a devolver, la parte proporcional de las cuotas correspondientes a ese (esos) ASEGURADO(S) no causadas, reembolsando al CONTRATANTE el setenta

y cinco por ciento (75%) de las mismas y el veinticinco por ciento (25%) restante quedará a disposición de LA COMPAÑÍA por concepto de gastos generales y de administración.

CLÁUSULA NO. 14 - APLICACIÓN DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS

Las coberturas dadas dentro de la República Dominicana tendrán un coaseguro máximo, definido en las condiciones particulares y no está sujetas a deducibles.

Las coberturas dadas dentro de la red preferencial, a nivel mundial, tendrán exonerado cien por ciento (100%) del Deducible y Coaseguro. Fuera de dicha red, las coberturas están sujetas a deducible y coaseguro, según lo descrito en las condiciones particulares.

Las consultas médicas, dentro de República Dominicana, pagarán los copagos, que acostumbra los médicos de la red. A nivel internacional se aplicarán los copagos establecidos en las condiciones particulares, siempre y cuando sean pre certificados los servicios.

Fuera de la red preferencia, por reembolsos y sin precertificación dentro de la red preferencial, estarán sujetas a deducibles y coaseguros, según lo descrito en las condiciones particulares.

CLÁUSULA NO. 15 - PAGO DE LOS SERVICIOS

Los costos de los servicios cubiertos por este CONTRATO serán pagados directamente a la red prestadora de servicios contratada, por haber prestado el beneficio de salud y/o complementario. Solo se pagarán por el mecanismo de reembolso, los beneficios así expresamente previstos, siempre y cuando exista derecho a recibir el beneficio.

CLÁUSULA NO. 16 - CARNÉ DE ASEGURADO

EL (LOS) ASEGURADO(S) de LA COMPAÑÍA tendrá(n) un carné de afiliación que los acredite como ASEGURADO(S) del sistema de medicina prepagada ofrecido por LA COMPAÑÍA de acuerdo con el plan contratado. Los carnés de identificación son propiedad de LA COMPAÑÍA y de carácter personal e intransferible en su uso.

En caso de que EL (LOS) ASEGURADO(S) portador(es) del carné permita(n) que otras personas utilicen dicho documento para obtener autorización y/o prestación de beneficios, LA COMPAÑÍA podrá dar unilateralmente excluirlo del CONTRATO o dar por terminado el mismo, según lo previsto en la Cláusula Vigésima Primera del presente CONTRATO, sin perjuicio de iniciar las acciones judiciales del caso. En caso de extravío o hurto del carné de identificación, LA COMPAÑÍA expedirá, con costo a cargo del (LOS) ASEGURADO(S), el duplicado correspondiente, previa solicitud escrita del CONTRATANTE.

CLÁUSULA NO. 17 - HISTORIA CLÍNICA

Con el fin de controlar la calidad y correcta utilización de los servicios durante toda la vigencia del CONTRATO, EL (LOS) ASEGURADO(S) se obliga(n) a permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y se obliga(n) a suministrarla cuando así lo solicite LA COMPAÑÍA. De igual forma, EL (LOS) ASEGURADO(S) autoriza(n) a los médicos e instituciones, o similares, que posean datos sobre su salud, para suministrar tal información a LA COMPAÑÍA, incluyendo informaciones relacionadas con temas psiquiátricos y de adicciones

CLÁUSULA NO. 18 - 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 adscritos a la red prestadora de servicios contratada de los beneficios, de tal manera que LA COMPAÑÍA no responderá por los perjuicios que eventualmente lleguen a derivarse de la prestación de los beneficios de salud y complementarios, por parte de las instituciones o miembros adscritos a la red prestadora de servicios contratada. Por esta razón, EL CONTRATANTE Y SU(S) ASEGURADO(S) declara(n) expresamente que, si eventualmente llegaran a presentarse reclamaciones de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los beneficios derivados del

CONTRATO, tales reclamaciones sólo podrán dirigirse contra el profesional o la entidad que hubiere prestado el respectivo beneficio a la red prestadora de servicios contratada y que en ningún caso invocará responsabilidad de LA COMPAÑÍA. Así mismo, todos LOS ASEGURADO(S) CONTRATANTES se obligan a proceder en la forma indicada para EL CONTRATANTE. En todo caso LA COMPAÑÍA responderá civil y administrativamente por los perjuicios que se ocasionen a LOS ASEGURADO(S) en los eventos derivados del incumplimiento del CONTRATO. En materia de responsabilidad civil extracontractual, LA COMPAÑÍA se atenderá a la reglamentación civil sobre la materia, en caso de verse abocada a ello.

CLÁUSULA NO. 19 - 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 LA COMPAÑÍA 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 ASEGURADO(S), no estén afiliados en dicha fecha de renovación, a algún Intermediario de Seguros, y solo respecto de los que no cumplan dicho requisito. Durante todo el término de la relación contractual las tarifas serán ajustadas anualmente con base en la edad alcanzada por EL (LOS) ASEGURADO(S), a la exposición de riesgo proyectada y a la siniestralidad del CONTRATO, de acuerdo a las tarifas de plan asociado al mismo.

LA COMPAÑÍA 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 NO. 20 - CAMBIO DE PLAN

EL CONTRATANTE podrá solicitar el cambio de este plan a otro que sea comercializado por LA COMPAÑÍA, siempre y cuando EL (LOS) ASEGURADO(S) al momento de cambio no tenga(n) un tratamiento en curso, una cirugía programada, una condición de enfermedad o respecto del (LOS) ASEGURADO(S) que en dicho momento se encuentre(n) embarazada(s).

En caso de cambio de plan, de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, se respetará la continuidad de EL (LOS) ASEGURADO(S) en LA COMPAÑÍA. EL (LOS) ASEGURADO(S) que solicite(n) cambiar de un plan con cobertura local a otro plan que tenga cobertura internacional, dicha continuidad aplicará únicamente para la cobertura local y se deberán respetar los periodos de carencias establecidos en las condiciones para la cobertura internacional. En todo caso LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no el cambio de plan suscrito por EL CONTRATANTE.

CLÁUSULA NO. 21 - CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA AFILIACIÓN CON ALGÚN (O ALGUNOS) ASEGURADO(S)

Sin perjuicio de las demás cláusulas de este documento, el CONTRATO con algún(os) ASEGURADO(S), según sea el caso, podrá darse por terminado en los siguientes eventos:

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

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

21.3. Por decisión unilateral de LA COMPAÑÍA, ya sea respecto del contrato en general o alguno o algunos de

los ASEGURADOS, en los siguientes eventos y bajo el entendido que esta lista es de carácter enunciativa mas no limitativa:

21.3.1. Por cualquier declaración falsa o inexacta por parte del CONTRATANTE y/o EL (LOS) ASEGURADO(S) 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 ASEGURADO(S). En caso de falsedad, alteración o adulteración de documentos privados presentados, el CONTRATANTE y/o EL (LOS) ASEGURADO(S) asumirán plena responsabilidad civil y penal, conforme a las disposiciones legales vigentes.

21.3.2. Por la no restitución o restitución extemporánea de sumas debidas a LA COMPAÑÍA en desarrollo de lo previsto en la Cláusula Décima Primera numeral 11.1.3 del presente CONTRATO.

21.3.3. 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 LA COMPAÑÍA quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y EL (LOS) ASEGURADO(S) perderá(n) todo derecho al pago del reembolso, siendo además causal de terminación automática del presente CONTRATO.

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

21.3.5. En general, por el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones del CONTRATANTE y/o EL (LOS) ASEGURADO(S) establecidas en el presente CONTRATO.

21.3.6. Además, en los casos donde LA COMPAÑÍA considere unilateralmente la terminación del presente

CONTRATO, reservándose las causas que la motivan, siempre y cuando notifique la terminación por aviso escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación.

En cualquiera de los casos previstos en los numerales 21.3.2, 21.3.4., 21.3.5., y 21.3.6, la terminación opera a partir de la fecha de remisión del aviso escrito dado en tal sentido por LA COMPAÑÍA, salvo lo consagrado en los numerales 21.3.1. y 21.3.3., donde la cancelación opera de forma automática. En los casos en donde la terminación no es automática, LA COMPAÑÍA notificará al CONTRATANTE la cancelación mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por EL CONTRATANTE y/o INTERMEDIARIO.

En caso de terminación del CONTRATO por las causas anteriores, LA COMPAÑÍA reembolsará al Contratante el setenta y cinco por ciento (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 veinticinco por ciento (25%) restante quedará a disposición de LA COMPAÑÍA 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.

21.4. Por muerte del CONTRATANTE, cuando éste fuere el único ASEGURADO. En el evento de existir uno (1) o más ASEGURADO(S) del CONTRATO distintos al CONTRATANTE y presentarse el fallecimiento de este último, EL (LOS) ASEGURADO(S) sobreviviente(s) deberá(n) comunicar la muerte dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la misma indicando si desea(n) 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 primer ASEGURADO sobreviviente que tenga capacidad legal para ello. Si ninguno de los ASEGURADO(S) 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. Queda establecido que la 12:01 A.M hora nacional, será considerada la Hora Efectiva con respecto a cualquier fecha referida en el presente CONTRATO.

CLÁUSULA NO. 22 - MORA, SUSPENSIÓN DE COBERTURA 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 Décima Primera numeral 11.1.2. y Décima Segunda, la cobertura cuya prestación gestiona LA COMPAÑÍA se suspenderá automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna por parte de LA COMPAÑÍA.

Lo anterior sin perjuicio de que LA COMPAÑÍA 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 LA COMPAÑÍA 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.

En caso de alguna investigación por parte de LA COMPAÑÍA, sobre los consumos de un asegurado, LA COMPAÑÍA puede suspender el pago de los reembolsos, de todos los miembros del núcleo familiar, mientras dure esta. Al concluir, si procede, se realizará el pago de los reembolsos. En caso de que no proceda el reembolso, se le notificará al CONTRATANTE.

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 LA COMPAÑÍA o de forma automática por las causales antes señaladas, se restablecerá el servicio a partir del tercer (3) 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 NO. 23 - 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, LA COMPAÑÍA podrá cobrar sobre los saldos pendientes intereses moratorios.

CLÁUSULA NO. 24 - CAMBIO DE DIRECCIÓN

El CONTRATANTE deberá informar por escrito a LA COMPAÑÍA sobre cualquier cambio en la dirección o el teléfono de su residencia u oficina que hubiere comunicado a LA COMPAÑÍA 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. LA COMPAÑÍA 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 NO. 25 - ANEXOS

Forman parte integral del presente CONTRATO los siguientes documentos:

25.1. Solicitud de Contrato Colectivo de Salud o Solicitud de Afiliación Individual firmada por EL (LOS) ASEGURADO(S) Y/ O CONTRATANTE, según corresponda.

25.2. Solicitud de Afiliación Colectivo firmado por EL CONTRATANTE.

25.3. Las condiciones particulares.

25.4. Resultados del examen de ingreso practicado al (LOS) ASEGURADO(S), cuando el mismo sea exigido por parte de LA COMPAÑÍA.

25.5. Las tarifas del plan contratado, cotización firmada por EL CONTRATANTE.

25.6. 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 25.3.

CLÁUSULA NO. 26 - ACEPTACIÓN

Se entiende que EL CONTRATANTE y EL (LOS) ASEGURADO(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 NO. 27 - RECLAMOS SOBRE EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA

EL CONTRATANTE podrá diligenciar reclamos de cobertura a LA COMPAÑÍA sobre cualquier inconveniente en el manejo de su CONTRATO, a través de cualquiera de los canales establecidos. Este reclamo debe presentarse a LA COMPAÑÍA en un plazo menor a los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha de la situación que generó el reclamo. Para formalizar la reclamación EL (LOS) ASEGURADO(S) debe(n) suministrar a LA COMPAÑÍA los documentos necesarios para la reclamación, tales como formularios de reclamación debidamente completados, comprobantes y recibos originales que amparen los gastos incurridos dentro

de los noventa (90) días después de haberse recibido los servicios.

Exámenes: LA COMPAÑÍA tendrá derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar al (LOS) ASEGURADO(S) cuando y tantas veces como lo requiera razonablemente mientras esté pendiente una reclamación bajo el presente CONTRATO.

Para gastos médicos por servicios de hospitalización incurridos fuera de la República Dominicana, por los cuales EL (LOS) ASEGURADO(S) solicita(n) a LA COMPAÑÍA reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) presentar reclamación formal que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía del siniestro, acompañada de las cuentas y/o comprobantes originales de pago de los servicios médicos u hospitalización a que haya sido sometido, así como toda la información relativa a las circunstancias que dieron lugar a los servicios cuyo reembolso se solicita, de conformidad con los formularios de Reclamación que, para tal efecto, le serán suministrados por LA COMPAÑÍA, sin perjuicio de la Libertad Probatoria que le asiste, de acuerdo con la Ley. Asimismo EL (LOS) ASEGURADO(S) que solicita(n) a LA COMPAÑÍA reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, EL (LOS) ASEGURADO(S) deberá(n) obtener de los proveedores, los formularios procesados conocidos como HCFA 1500 o CMS-1500 (formulario universal de los proveedores fuera de República Dominicana), UB-92 (formulario universal de los hospitales fuera de República Dominicana o la factura detallada que contenga los siguientes datos: nombre del proveedor, dirección y número de registro fiscal (Tax ID), fecha del servicio, Código de Procedimiento (código CPT) y Código de Diagnóstico (código ICD-9).

Si se trata de un accidente, EL ASEGURADO TITULAR además de lo indicado, deberá entregar a LA COMPAÑÍA una declaración por escrito suministrando todos los datos referentes al accidente y circunstancias en que se produjo.

Todas las decisiones con respecto a la aceptación o el rechazo de cualquier reclamación serán de la exclusiva competencia de LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA NO. 28 - RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Queda establecido que este CONTRATO será interpretado de acuerdo a las leyes de la República Dominicana. Para cualquier desacuerdo, problema, disputa o diferencia de cualquier naturaleza que pueda surgir entre LAS PARTES bajo, o por o con relación a este CONTRATO, serán resueltos en forma amigable, mediante consultas mutuas de buena fe y en caso de no ser posible, frente a la Superintendencia de Seguros conforme a lo establecido en la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana.

CLÁUSULA NO. 29 - MODIFICACIONES AL CONTRATO

Cualquier modificación a este CONTRATO deberá hacerse mediante solicitud escrita de parte del CONTRATANTE y convenida con LA COMPAÑÍA, o mediante enmienda de LA COMPAÑÍA, 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 NO. 30 - ACUMULACIÓN DE DEDUCIBLE

Toda hospitalización en República Dominicana que requiera continuidad en el exterior podrá compensar el deducible de los consumos que sobre este mismo evento fue requerido, aplica para los gastos, relacionados con el mismo padecimiento que se atenderá en el extranjero, incurridos en los últimos 45 días antes de su partida hacia el destino en el exterior, previa certificación y validación por SEGUROS UNIVERSAL.

CLÁUSULA NO. 31 - ARBITRAJE TÉCNICO

Si surgiere disputa entre EL CONTRATANTE Y/O EL (LOS) ASEGURADO(S) y LA COMPAÑÍA para la fijación del importe de las pérdidas y daños sufridos, quedará sometida independientemente de cualquier otra cuestión, a la decisión de un árbitro designado por escrito por LAS PARTES en conflicto; pero si no pudieran concordar en la designación de un solo árbitro, se someterá a la decisión de dos árbitros, cada uno de los cuales será designado por escrito por cada parte, dentro de dos meses calendarios después de haber sido requerida por la otra parte y éstos a su vez nombrarán por escrito un tercer árbitro en un plazo de treinta (30) días. El tercer árbitro se reunirá con los otros dos y presidirá las reuniones. La decisión arbitral será establecida por mayoría y será condición previa para tener derecho a ejercer acción en contra de LA COMPAÑÍA. La decisión arbitral deberá concluirse en un plazo no mayor de doce (12) meses a partir de su designación. En caso de muerte de cualquiera de los árbitros, se hará la sustitución siguiendo el procedimiento de designación original.

CLÁUSULA NO. 32 - JURISDICCIÓN

Los litigios que ocurran y que no sean arreglados según lo dispuesto en el arbitraje técnico, serán sometidos exclusivamente a la jurisdicción de los tribunales del domicilio legal de LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA NO. 33 - NOTIFICACIÓN

Cualquier notificación entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA deberá ser por escrito y con la constancia de acuse de recibo. Así mismo deberá ser entregada a LA COMPAÑÍA en su oficina principal localizada en la Avenida Winston Churchill Núm. 1100, Santo Domingo, República Dominicana y para EL CONTRATANTE, en la dirección de su Intermediario asignado o en la indicada en las condiciones particulares del CONTRATO.

CLÁUSULA NO. 34 - LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA 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 LA COMPAÑÍA 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 pública, 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 se ha hecho entrega al CONTRATANTE de la copia del CONTRATO, documento que EL CONTRATANTE acepta haber recibido.

SEGUROS UNIVERSAL, S.A.		FECHA DE CONTRATACIÓN
CLIENTE	REPRESENTANTE	FIRMA



APP UNIVERSAL:

Desde nuestra APP puedes realizar consultas, pagos, solicitar reembolsos, y más.

Disponible en APP Store y
Google Play



AMANDA CHATBOT:

Con nuestra asistente virtual puedes realizar y consultar reembolsos, validar estatus de tu seguro, cotizar y mucho más.

Escríbete a Whatsapp
(829) 544-7111



UNIVERSAL EN LINEA:

A través de nuestro portal puedes servirte y gestionar tus procesos de manera más simple y rápida. Consulta coberturas, realiza pagos en línea, descarga facturas, recibos, estados de cuentas, entre

Accede aquí:
enlinea.universal.com.do



www.segurosuniversal.com.do



UniversalRD



@UniversalRD



Universal_RD



Grupo Universal



Grupo Universal

Actualizado a Julio 2026