

CONDICIONES GENERALES CONTRATO POLIZA

DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

En esta póliza, el uso del género masculino automáticamente implica el género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.

Accidente: La acción externa, violenta, fortuita, imprevista e / o independiente de la voluntad de la persona cubierta que cause a este lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un medico.

Asegurado: Ver persona cubierta.

Base Ambulatoria: Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio medico bajo la póliza.

Cirugía: Se le denomina así al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, mediante técnicas invasivas que implican la presencia de un anesthesiologo y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

Coaseguro: Significa el porcentaje en que participan las personas cubiertas, en sus riesgos, conforme lo establecido en esta póliza.

Condición Pre-existente: Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como mas adelante se describe, la cual existía antes de la fecha efectiva de la póliza, o la fecha de entrada de un Familiar Dependiente elegible, si dicha entrada ocurre después de la fecha efectiva de la póliza.

1. Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta : a.) tuvo advertencia medica o consulto a un medico, b.) recibió tratamiento medico, servicios o suministros, c.) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnostico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas, o.
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente, a asistir a un medico para diagnostico, cuidado y tratamiento.

Contratante: Corporación, entidad, o persona jurídica a quien se le emite la póliza.

Cuarto Semi-Privado: Habitación en un hospital con por lo menos dos camas.

Deducible: Cantidad de gastos elegibles que están obligados a pagar las personas cubiertas durante cada año póliza, antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta póliza. El deducible no es reembolsado por la compañía.

Edad: La edad en el ultimo cumpleaños.

Emergencia Médica: Agravamiento inesperado de una condición m

Empleado: Persona destinada por un particular o corporación al despacho de los negocios de su competencia o interés.

Enfermedad Congénita: Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticado en ese momento o que haya sido diagnosticado o tratado durante el crecimiento y el proceso del desarrollo hasta la adultez.

Enfermedad Infecciosa: Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

Enfermedad o Trastorno Mental: Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnostico y Estadísticas de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Enfermera: Enfermera titulada, practica o vocacional, debidamente autorizada y que no es ninguna de las personas cubiertas, ni ningún pariente cercano de las personas cubiertas.

Experimental: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o periodo de hospitalización (o parte de un periodo de hospitalización) que:

- A) 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 la Comunidad Medica Internacional.
- B) Se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

Familiar(es) Dependientes(s): Se considera(n) como familiar(es) dependiente(s).

- A) El cónyuge legítimo, o a su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del empleado, este registrado como tal en la Compañía y que conviva con el empleado en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener 69 años de edad o menos en el momento de entrar en la póliza.
- B) Los hijos legítimos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de veintiún años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del empleado y depender económicamente de este.
- C) Los hijos solteros mayores de veintiún años que vivan con el empleado, que dependan económicamente de el y que se encuentren estudiando. El empleado debe presentar certificación a la compañía de la calidad de estudiante de sus hijos a cada renovación. El amparo, en estos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinte y cinco años de edad y se le facturará tarifa de 20-24.

Hospital, Centro Hospitalario o Clínica: Establecimiento que reúne las condiciones para atender a pacientes y que esta legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

Límite Máximo por Año: Cantidad total pagadera con respecto a un asegurado en un año póliza.

Médico: Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

Pariente Cercano: Empleado, su cónyuge, hijo legal, adoptivo o hijastro, hermano o hermana y padres del empleado o de su cónyuge.

Participación Máxima del Asegurado: Máximo de gastos elegibles incurridos por el asegurado que coasegura a su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también se refiere como Stop Loss.

Personas(s) Cubierta(s): El empleado y/o cualquiera de sus Familiares Dependientes elegibles, tal como aquí se definen. También se refieren como Asegurados.

Razonable y Acostumbrado: Cargos u honorarios determinados por la Compañía que se establece como el cargo u honorario cargado por otros que proveen los mismos servicios, tratamientos o suministros a personas que residen en la misma comunidad, y cuyas enfermedades son similares a las del Asegurado en naturaleza y complejidad.

Red de Proveedores Preferidos: Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarles servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía.

Solicitud: Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura bajo la Póliza.

Tarifa de Cuarto Semi-Privado: Significa el cargo diario mas común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o mas personas, si el hospital donde el asegurado se encuentra recluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerara como tarifa de cuarto semi privado el ochenta porciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para los beneficios el empleado tiene que:

- 1) Ser empleado de tiempo completo en nomina del Contratante.
- 2) Tener 69 años o menos de edad en la fecha de emisión de la Póliza.
- 3) Tener domicilio legal, y por lo menos residir nueve meses del año dentro de la República Dominicana.

Para ser elegibles para los beneficios de la póliza, los Familiares Dependientes tienen que:

- 1) Satisfacer la definición de familiar dependiente, tal como se estipula en la sección de definiciones.
- 2) Tener domicilio legal, y por lo menos residir nueve meses del año dentro de la República Dominicana.
- 3) Si alguno de los dependientes elegibles reside fuera de la República Dominicana por motivos de estudios, anualmente, a la fecha de renovación, se debe presentar una certificación de

INICIACION DEL SEGURO

El seguro concebido bajo esta Póliza entra en vigor a las 12:01 A.M. del día de expedición.

Cualquier ingreso a la Póliza de familiares dependientes solicitados con posterioridad a la fecha de expedición, tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de la Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Asegurado se encuentra hospitalizado, la compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por la Compañía.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios descritos en esta póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

COMO SE PAGARAN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta los máximos indicados en el Cuadro de Seguro que figura en las condiciones particulares de la Póliza, después que el Deducible sea satisfecho. Los beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente a lo contrario, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o suministro es comprado, será considerada como la fecha de incurrencia del Beneficio Cubierto.

METODO DE PAGO

La compañía pagara directamente a aquellos Hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado de acuerdo con los procedimientos de reembolso de Beneficios Cubiertos.

NIVEL DE REEMBOLSO

Todos los pagos efectuados por la compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de definiciones de esta Póliza. No se pagarán beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamiento, servicio, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

DEDUCIBLE

El Deducible se aplica a los Beneficios Cubiertos incurridos por los Asegurados durante cada año en que la Póliza este en vigor. Los siguientes cargos no pueden ser utilizados para satisfacer el deducible: a.) cargos en excesos de los gastos razonables y acostumbrados, b.) Cargos incurridos para tratamientos, suministros, o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza, c.) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, numero de días, meses, consultas, o cantidades monetarias), d.) cualquier penalidad incurrida por no cumplir con los requisitos para Ingresar a un hospital, o e.) otros cargos indicados en un anexo a esta Póliza.

REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL

Si un asegurado requiere ser hospitalizado en los Estados Unidos de Norte América (incluyendo Puerto Rico), dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con la compañía revisora de servicios médicos, llamando al número de teléfono que aparece en la Tarjeta de identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera.

- A) Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia.
- B) Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

Las comunicaciones con la compañía revisora no garantiza el pago de ningún servicio prestado. Cualquier pago de servicios prestados, estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier cuidado deberá ser recibido recaerá sobre el Asegurado y el Médico. Si un asegurado decide ingresar a un Hospital en los Estados Unidos de Norte América (incluyendo Puerto Rico), sin antes comunicarse con la compañía revisora, sus beneficios serán reducidos al 60% tal como se indica en el Cuadro de Seguros para servicios obtenidos por proveedores fuera de la red.

La compañía revisora pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de facilidades no cubiertas bajo la Póliza. Cuando esto ocurra, sujeto a la aprobación de la compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en la misma base de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

Si un asegurado decide ingresar a un hospital en la República Dominicana fuera de nuestra red de proveedores o recibir un servicio ambulatorio cubierto, por un proveedor que no acepte garantía de pago de Proseguros, se reembolsara al asegurado el 60% de los gastos justos, usuales y acostumbrados.

Beneficios:

1) Servicios de Hospital

Los beneficios Cubiertos están limitados a :

A) Reclusión en Hospital

Cargos por cuarto y alimentación a base de tarifa de habitación Semi-Privada en el extranjero. Para internamientos en el país de residencia la base de reembolso es de habitación privada hasta un máximo de US\$250.00 diarios.

Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones Semi-Privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimento será el ochenta por ciento de la tarifa mas baja que tenga el Hospital por una habitación privada.

Unidad de cuidados intensivos y otra unidad de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces el cargo de cuarto y alimentación.

Otros servicios de Hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados

Cuando un Asegurado se someta a un procedimiento quirúrgico que no requiere internamiento en el Hospital, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

2) Servicios Médicos

A) Visitas en el consultorio, excepto en el país de residencia, donde se excluye.

B) Visitas en el Hospital, limitada a una visita por día de hospitalización. No se pagaran visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.

C) Cirugía, los Beneficios Cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a: tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnostico de una enfermedad que involucre incisiones o suturación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté:

- 1) Cubierto bajo la Póliza, y
- 2) Sea hecho en un hospital, consultorio medico o un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso bajo la Póliza

Los beneficios por cirugía reconstructiva solo serán pagados si dicha cirugía es:

- 1.- Médicamente necesaria y
- 2.- Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente incurrido durante la vigencia de esta Póliza.

D) Cirujano Asistente. En el evento de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios están limitados a honorarios Razonables y Acostumbrados.

E) Anestesiólogo. Los beneficios cubiertos están limitados a los cargos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.

F.) Anestesiólogo Asistente. En el evento de necesidad medica, y previa autorización de la compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a honorarios razonables y acostumbrados.

3.-Maternidad

Los gastos ocasionados por el embarazo de una asegurada estarán cubiertos como si fuese una enfermedad hasta el monto estipulado en el cuadro de beneficios de esta Póliza. Los beneficios serán pagaderos después de nueve meses de cobertura consecutiva bajo la Póliza, contados a partir del ingreso de la Póliza de la asegurada. Durante este periodo de nueve meses los gastos incurridos por la ase

Las hijas dependientes de un Asegurado Principal no estarán cubiertas bajo este beneficio aunque tengan más de 21 años de edad.

Las inclusiones de recién nacidos deben ser notificadas dentro de los catorce (14) días sub siguientes a la fecha del nacimiento. Dicha inclusión sería automática.

Los recién nacidos que sean incluidos luego de pasado esta fecha, serán evaluados como nuevo ingreso y en caso de presentarse alguna condición deberán presentar reporte médico por la misma, para proceder con la evaluación del riesgo.

Los recién nacidos de una maternidad no cubierta por la póliza, son sometidos a evaluación de riesgo para fines de ingreso a la póliza.

Los servicios médicos incurridos durante la evaluación y aprobación de ingreso a la cobertura, no estarán cubiertos bajo la póliza y deberán ser notificados a La Compañía para determinar su cobertura a futuro.

4.-Defectos Congénitos

A. Recién Nacido. Si el beneficio de maternidad esta cubierto, tal como se estipula en el inciso (3) anteriormente descrito, los defectos congénitos del recién nacido estarán cubiertos hasta el monto especificado en el cuadro póliza.

B. Si el defecto congénito es diagnosticado al paciente, luego de haber ingresado a la Póliza, el mismo estará cubierto hasta el monto estipulado dentro del cuadro de beneficios.

5.-Trasplante de órganos y tejidos

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes

- a) Corazón
- b) Corazón / pulmón
- c) Hígado
- d) Páncreas
- e) Riñón
- f) Médula Ósea
- g) Córnea

Los trasplantes de órganos deben ser notificados a La Compañía inmediatamente sean indicados al Asegurado. Los mismos serán coordinados por la compañía revisora quien se encargará de la coordinación de todos los servicios, tratamientos y procedimientos relacionados con, y así como también, de proporcionar el acceso a los hospitales que son miembros de la red de proveedores en los cuales se les puede prestar el servicio.

No notificar a La Compañía por escrito, inmediatamente sea indicado el trasplante al asegurado resultará en la cancelación del pago del beneficio, por el episodio de cuidado completo.

El beneficio de Trasplante de órganos y tejidos esta sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, el beneficio de trasplante de órganos y tejidos esta sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún Beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento servicio, cirugía o suministro:

- c) Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el Trasplante, estén disponibles.
- d) Suministrado como el segundo trasplante o un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha efectiva de esta póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos de materiales y servicios no específicamente excluidos quedaran cubiertos si:

- A) Se incurren durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenido de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intente trasplantar a un Asegurado.
- B) Se incurran en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano o tejido con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:

1.- Investigación de donantes potenciales.

2.- Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos y máximos aplicaran, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.

- C) Se incurrirán en el cultivo de la médula ósea con relación al trasplante practicado a un asegurado.

Todo trasplante deberá realizarse en un hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la Comunidad Medica Internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio máximo para trasplantes de órganos está estipulado dentro del cuadro de beneficios de la póliza.

6.-Recetas Médicas Ambulatorias

Los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- A) Requieren receta médica para ser obtenidos
- B) Deben ser dispensados por un medico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales, y.
- C) Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América (United States Food and Drug Administration).

Este beneficio solo aplica fuera del país de residencia y serán siempre sujetos a reembolso. Aplica a deducible y coaseguro.

7.-Ambulancia Aérea

- 1) Ambulancias Aéreas: Los gastos elegibles incluyen los gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al hospital o institución medica mas cerca con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es médicamente necesaria, y:

- A) El viaje en una aeronave comercial (por ejemplo, en camilla acompañado por un medico) no es posible, y.
- B) La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
 - 1) Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas.
 - 2) Con equipos y suministros médicos especiales, y.
 - 3) Con Personal medico calificado.

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza. El hospital hacia donde el Asegurado será transportado tiene que ser un hospital en la ciudad de los Estados Unidos de Norte América más cercana al punto de evacuación.

Para obtener este servicio deberá de llamar al teléfono que se indica en el reverso de su tarjeta de identificación. El no precertificar este servicio de ambulancia aérea implica la declinación de este beneficio.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

No se pagaran beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

- 1.-Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen medico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, la emisión de pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación de eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
- 2.-Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refracción ocular y la habilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la habilitación de audífonos.
- 3.-Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie, padecimientos sintomáticos de los pies, zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie, o cualquier otro servicio o suministro preventivo.
- 4.-Tratamiento o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano o natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto bajo esta póliza.
- 5.-Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamientos de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a , el tratamiento del síndrome temporo-mandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que une la mandíbula al cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

6.-Defectos congénitos y anormalidades o condiciones asociadas con el nacimiento si han sido diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. Sin embargo, en caso de defectos o anormalidades congénitas que se presentan en un recién nacido cuya madre esta cubierta con el Beneficio de Maternidad o son diagnosticadas luego de haber ingresado a la póliza, dichos defectos o anormalidades están cubiertas hasta hasta el maximo estipulado en el cuadro resumen de beneficios.

7.-Un accidente o enfermedad que esta relacionada a:

- a) Daños causados a si mismo, ya sea en estado de locura o cordura.
- b) Guerra, declarada o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles
- c) Participación en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio político.
- d) Participación en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitando a, riñas iniciadas por el asegurado.
- e) Ocurridas bajo la influencia, total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado medico. Ningún beneficio será pagadero por algún accidente o enfermedad contraídos mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un medico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica.

8.-Tratamiento para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitando a exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un medico Psiquiatra, o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol.

9.-Tratamientos para el manejo de la maternidad, si dichos tratamientos:

- A) Son efectuados en los primeros diez meses de la fecha de efectividad de esta Póliza, o.
- B) Son incurridos por una hija del Asegurado Principal, no importando la fecha en que fueron incurridos.

10.-Gastos en exceso como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en el Cuadro de Seguros.

11.- Tratamientos, servicios, o suministros que:

A.-) No sean médicamente necesarios para el tratamiento o diagnostico de un Accidente o enfermedad, aunque ellos sean:

- 1) Recetados, recomendados, o aprobados por un medico o dentista, o.
- 2) Ordenados por una Corte Judicial.

C.-) Prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado.

D.-) Suministrados por el tratamiento de complicaciones de Accidentes o enfermedades no Cubiertas por esta Póliza.

E.-) Prestados por parientes cercanos del Asegurado durante un periodo de hospitalización del Asegurado.

F.-) Prestados antes de la fecha efectiva de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el accidente o la enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el periodo de vigencia de la Póliza.

G.-) Prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionado con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones.

H.-) Prestadas para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por la compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dichas condiciones excluidas.

I.-) Prestadas para el tratamiento de abortos electivos.

12.-Cualquier tratamiento, servicio o suministro los cuales pueden ser recibidos bajo un sistema legal, no importando si se efectuó aplicación o no a dicho sistema.

13.-Terapia recreacional o educacional.

14.- Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un medico:

- A) Experimentales o investigativas.
- B) Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de la regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minoxidil, o chicles de nicotina.
- C) Medicinas, drogas o suministros que no requieren receta medica, aunque el medico las recete.
- D) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Medicamente Necesarias en el tratamiento de una condición medica, o.
- E) Medicinas recetadas para condiciones que o son medicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza.

15.-Gastos los cuales:

- A) exceden el costo razonable y acostumbrado de un servicio o suministro.
- B) No hubieran sido incurridos en la ausencia del seguro.

D) Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza.

16.- Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministros relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadias hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x.

- A) Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamientos relacionados, para reparar modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o el psique del Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta Póliza.
- B) Keratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción.
- C) Procedimientos de transplante de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta Póliza.
- D) Cambios de genero sexual, o mejorías en la disfunción sexual, incluyendo pero no limitada a, prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales.
- E) Revisión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control del embarazo, o.
- F) Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimiento para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para la infertilidad.

17.-Visita a la sala de emergencia de un Hospital por un accidente o enfermedad que no es considerado de emergencia.

18.- Tratamientos quiroprácticos de desordenes en la espina dorsal o el esqueleto, incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos.

19.- Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamente Necesarios.

20.- La practica o participación en eventos deportivos profesionales, en carrera o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montaña (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deporte invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deportes o entrenamientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad u otras condiciones agravantes.

21.- Gastos de internamiento en un Hospital que se inicien en un Viernes, Sábado o Domingo, a no ser que:

- A) El medico tratante certifique de que es Medicamente Necesario,

- 22.-Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente en estado crítico.
- 23.-Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o del uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole.
- 24.-Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas: servicios, suministros, y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidados de custodia, instituciones o centros de rehabilitación, instituciones o centros de tratamiento para cuidados geriátricos, o instituciones que no sean consideradas como Hospitales, tal como se define en esta Póliza, incluyendo, pero no limitado a, instituciones de cuidados a largo plazo e hidroclínicas.
- 25.-Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería. Alquiler o compras de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio o equipos similares.
- 26.-Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sean recetados por un médico.
- 27.- Tratamientos de accidentes o enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo el cuidado de un médico, o que no sean autorizadas por un médico.
- 28.- Tratamientos en instituciones en las cuales el Asegurado tenga derecho a recibir cuidados gratuitos.
- 29.- Gastos elegibles sometidos a la Compañía seis meses o más después que fueron incurridos.
- 30.- Tratamientos, servicios, o suministros prestados en:
- A) Países, o.
- B) Por, o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a restricciones comerciales, penalidades económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestas por el gobierno de los Estados Unidos de Norte América, o cualquiera de sus agencias.
31. - Enfermedades o secuelas de condiciones pre-existentes iniciadas antes de la vigencia del seguro. A menos que tales pre-preexistencias hayan sido declaradas y aceptadas por la Compañía al momento del inicio de la Póliza. Cualquier enfermedad o lesión pre-existente no reportada resultará la negación del servicio o una cancelación de la Póliza.
- 32.- Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

TERMINACION DEL SEGURO

Los beneficios proporcionados por esta Póliza terminarán a las 12:01 A.M. en la primera de las siguientes fechas.

- 1) El último día del año de contrato, por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, no es recibido durante el periodo de gracia.
- 2) En lo que se refiere a empleados, el último día durante el cual el empleado deja de ser elegible, tal como se estipula en esta Póliza.
- 3) En lo que se refiere a dependientes elegibles, el día en que los beneficios del empleado terminara o el día en que dejan de ser Dependientes elegibles, tal como se estipula en esta Póliza.
- 4) En lo que se refiere a un hijo dependiente, el ultimo día del año de contrato en que dicho hijo dependiente se ha casado, esta trabajando en un empleo regular, cumple con los diecinueve años de edad, si es un estudiante.
- 5) En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual un divorcio es concebido.
- 6) En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el empleado fallece.
- 7) En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos bajo la póliza, el último día del mes en que la compañía es informada de que el empleado ya no reside en República Dominicana.

ESTIPULACIONES GENERALES

Contrato Indivisible: La Póliza, las solicitudes y todos los anexos y endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes. La Póliza no podrá ser modificada, excepto por un oficial de la Compañía. Para que una modificación se a valida, tendrá que ser hecha por medio de una anexo o endoso firmado por un oficial de la Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar alguna de sus estipulaciones.

Duración de la Póliza: Esta Póliza tiene de doce meses y puede ser renovada por un periodo de la misma duración al pagarse la prima de renovación.

Cambios a la Póliza: Cualquier cambio en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, entrara en vigor treinta días después de que un aviso por escrito es enviado al contratante y su corredor o agente. Si el cambio propuesto no es aceptado por el contratante, dicho contratante tiene derecho a cancelar la póliza, por medio de un aviso por escrito con anterioridad a la fecha de vigencia del propuesto cambio. Ninguna de las estipulaciones de esta póliza pueden ser cambiadas o renunciadas, excepto por medio de endoso firmado por un oficial de la compañía.

Primas: Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustaran en la renovación y estarán basadas en las edades de los asegurados y el nivel de primas en general en vigor por ese año. Si la cobertura

otorgada bajo esta Póliza, en lo que se refiere a un empleado, es cancelada debido a que el empleado, o alguno de sus dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no puedan ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante un periodo de vigencia de la Póliza, la porción de prima no devengada durante el período de vigencia será acreditada a la Póliza como abono a la próxima renovación.

Período de Gracia: Después del pago de la primera prima, un periodo de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas. Si al expirar el periodo de gracia, la prima vencida no es pagadera, la compañía cancelará la póliza en la fecha de vencimiento de la prima pagadera.

Rehabilitación: Si esta Póliza es terminada por la falta del pago de las primas, el contratante puede someter un formulario de rehabilitación, dentro de los sesenta días de la fecha de terminación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado. Si el formulario es aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas fueren pagadas.

Los beneficios rehabilitados solamente cubrirán accidentes sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se inician diez días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el contratante y los asegurados tendrán todos los derechos concedidos bajo la póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

Error Clerical: Errores clericales, o demoras en establecer los registros por parte de la compañía: a) no ocasionaran negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras, b) no extenderán el periodo de cobertura que hubiera terminado, y c) estarán sujetos a los ajustes necesarios de primas, si ellos fueran necesarios.

Declaración Inexacta de la Edad: Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los asegurados:

- 1) Si al inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho, y
- 2) La edad correcta determinara si los Asegurados tienen derecho a estar cubiertos bajo la póliza.

Notificación de Reclamos: Notificación escrita de un reclamo debe ser dada a la Compañía dentro de los siguientes treinta días después de ser incurridos en el reclamo, o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará ningún reclamo, ni lo reducirá, si se demuestra que la prueba por escrito no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto fue notificada cuando fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del asegurado, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió el reclamo y la naturaleza y el monto del mismo.

Formularios de Reclamos: Al recibir notificación de un reclamo, la Compañía proveerá formularios para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamo puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del periodo de tiempo indicado en esta Póliza, de la ocurrencia, naturaleza, y el monto del reclamo.

Pago de Beneficios: Una vez que la Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un reclamo, la Compañía: a) pagará los correspondientes beneficios bajo esta póliza, o b) notificará el reclamo, por escrito, de los motivos para no pagar los beneficios, o c) notificará al reclamante, por escrito, de que documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

Moneda: Los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de Norte América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos. Las facturas presentadas para reembolso donde los cargos sean presentados en pesos dominicanos (RD\$) serán reembolsados en la moneda local.

Permiso para Revisar Registros Médicos: Todos los asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizarán a cualquier hospital, medico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a la compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta del asegurado.

Derecho de Rehusar Cesiones de Pagos: La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al empleado y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

Derecho a Examen: La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un medico designado por ella, a un asegurado que tenga un reclamo pendiente. Donde y cuantas veces sea razonablemente posible.

Locución: Ninguna locución será impuesta para recobro bajo esta Póliza hasta que hayan transcurrido sesenta días desde la fecha en que se presento prueba por escrito de una perdida. Ninguna locución será impuesta después que haya transcurrido un año desde la fecha en que se suministró aviso por escrito de una perdida.

Subrogación: La Compañía tiene el derecho de subrogación sobre los derechos de los asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del asegurado, por gastos médicos que la Compañía haya pagado, cuando el asegurado tiene derecho recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo compañías de seguro de responsabilidad civil o cualquier persona o entidad que causaron el accidente o necesidad del cuidado, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los asegurados cooperaran con la Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso, incluyendo el proporcionar a la Compañía con cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por la Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomará acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de la compañía bajo esta Póliza.

Pagos en Exceso: La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos

Derechos de Recuperación: La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como beneficios bajo esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho de un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

- A) Se debe o tiene relación con un accidente o enfermedad, y.
- B) Beneficios han sido pagados bajo esta Póliza por un accidente o enfermedad.

La Compañía tiene un derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor de:

- A) La cantidad total de beneficios pagados por el accidente o enfermedad, y.
- B) La cantidad recibida por el asegurado por el accidente o enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomará acción alguna que perjudique el derecho de la Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que la compañía pudiese requerir.

Acciones u omisiones de terceras personas: La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de ningún hospital, médico, o cualquier otra tercera persona.

Notificaciones: Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el contratante, esta será enviada al agente o corredor del contratante y si debe ser dada a la Compañía, debe ser enviada a su oficial principal.

Fraude: La Compañía puede terminar la cobertura de un Asegurado o de todas la Póliza por medio de aviso escrito a el, debido a declaraciones falsas en los formularios de suscripción, o por fraude para obtener cobertura, o por tratar de obtener cobertura por medio de dolo. La terminación será efectiva desde la fecha de iniciación del seguro. La Compañía reembolsará la prima pagada, menos el valor de cualquier beneficio pagado. Si el valor de los beneficios pagados excede el valor de la prima, el asegurado reembolsará tal exceso de la compañía.



Firma Autorizada

CONDICIONES GENERALES CONTRATO POLIZA

DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

En esta póliza, el uso del género masculino automáticamente implica el género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.

Accidente: La acción externa, violenta, fortuita, imprevista e / o independiente de la voluntad de la persona cubierta que cause a este lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un medico.

Asegurado: Ver persona cubierta.

Base Ambulatoria: Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio medico bajo la póliza.

Cirugía: Se le denomina así al procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, mediante técnicas invasivas que implican la presencia de un anesthesiologo y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

Coaseguro: Significa el porcentaje en que participan las personas cubiertas, en sus riesgos, conforme lo establecido en esta póliza.

Condición Pre-existente: Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como mas adelante se describe, la cual existía antes de la fecha efectiva de la póliza, o la fecha de entrada de un Familiar Dependiente elegible, si dicha entrada ocurre después de la fecha efectiva de la póliza.

1. Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta : a.) tuvo advertencia medica o consulto a un medico, b.) recibió tratamiento medico, servicios o suministros, c.) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnostico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas, o.
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente, a asistir a un medico para diagnostico, cuidado y tratamiento.

Contratante: Corporación, entidad, o persona jurídica a quien se le emite la póliza.

Cuarto Semi-Privado: Habitación en un hospital con por lo menos dos camas.

Deducible: Cantidad de gastos elegibles que están obligados a pagar las personas cubiertas durante cada año póliza, antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta póliza. El deducible no es reembolsado por la compañía.

Edad: La edad en el ultimo cumpleaños.

Emergencia Médica: Agravamiento inesperado de una condición m

Empleado: Persona destinada por un particular o corporación al despacho de los negocios de su competencia o interés.

Enfermedad Congénita: Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticado en ese momento o que haya sido diagnosticado o tratado durante el crecimiento y el proceso del desarrollo hasta la adultez.

Enfermedad Infecciosa: Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

Enfermedad o Trastorno Mental: Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnostico y Estadísticas de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

Enfermera: Enfermera titulada, practica o vocacional, debidamente autorizada y que no es ninguna de las personas cubiertas, ni ningún pariente cercano de las personas cubiertas.

Experimental: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o periodo de hospitalización (o parte de un periodo de hospitalización) que:

- A) 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 la Comunidad Medica Internacional.
- B) Se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

Familiar(es) Dependientes(s): Se considera(n) como familiar(es) dependiente(s).

- A) El cónyuge legítimo, o a su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del empleado, este registrado como tal en la Compañía y que conviva con el empleado en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener 69 años de edad o menos en el momento de entrar en la póliza.
- B) Los hijos legítimos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de veintiún años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del empleado y depender económicamente de este.
- C) Los hijos solteros mayores de veintiún años que vivan con el empleado, que dependan económicamente de el y que se encuentren estudiando.
El empleado debe presentar certificación a la compañía de la calidad de estudiante de sus hijos a cada renovación. El amparo, en estos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinte y cinco años de edad y se le facturará tarifa de 20-24.

Hospital, Centro Hospitalario o Clínica: Establecimiento que reúne las condiciones para atender a pacientes y que esta legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

Límite Máximo por Año: Cantidad total pagadera con respecto a un asegurado en un año póliza.

Médico: Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

Pariente Cercano: Empleado, su cónyuge, hijo legal, adoptivo o hijastro, hermano o hermana y padres del empleado o de su cónyuge.

Participación Máxima del Asegurado: Máximo de gastos elegibles incurridos por el asegurado que coasegura a su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también se refiere como Stop Loss.

Personas(s) Cubierta(s): El empleado y/o cualquiera de sus Familiares Dependientes elegibles, tal como aquí se definen. También se refieren como Asegurados.

Razonable y Acostumbrado: Cargos u honorarios determinados por la Compañía que se establece como el cargo u honorario cargado por otros que proveen los mismos servicios, tratamientos o suministros a personas que residen en la misma comunidad, y cuyas enfermedades son similares a las del Asegurado en naturaleza y complejidad.

Red de Proveedores Preferidos: Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarles servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía.

Solicitud: Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura bajo la Póliza.

Tarifa de Cuarto Semi-Privado: Significa el cargo diario mas común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o mas personas, si el hospital donde el asegurado se encuentra recluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerara como tarifa de cuarto semi privado el ochenta porciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

ELEGIBILIDAD

Para ser elegible para los beneficios el empleado tiene que:

- 1) Ser empleado de tiempo completo en nomina del Contratante.
- 2) Tener 69 años o menos de edad en la fecha de emisión de la Póliza.
- 3) Tener domicilio legal, y por lo menos residir nueve meses del año dentro de la República Dominicana.

Para ser elegibles para los beneficios de la póliza, los Familiares Dependientes tienen que:

- 1) Satisfacer la definición de familiar dependiente, tal como se estipula en la sección de definiciones.
- 2) Tener domicilio legal, y por lo menos residir nueve meses del año dentro de la República Dominicana.
- 3) Si alguno de los dependientes elegibles reside fuera de la República Dominicana por motivos de estudios, anualmente, a la fecha de renovación, se debe presentar una certificación de

INICIACION DEL SEGURO

El seguro concebido bajo esta Póliza entra en vigor a las 12:01 A.M. del día de expedición.

Cualquier ingreso a la Póliza de familiares dependientes solicitados con posterioridad a la fecha de expedición, tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de la Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Asegurado se encuentra hospitalizado, la compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por la Compañía.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios descritos en esta póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

COMO SE PAGARAN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta los máximos indicados en el Cuadro de Seguro que figura en las condiciones particulares de la Póliza, después que el Deducible sea satisfecho. Los beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente a lo contrario, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o suministro es comprado, será considerada como la fecha de incurrencia del Beneficio Cubierto.

METODO DE PAGO

La compañía pagara directamente a aquellos Hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado de acuerdo con los procedimientos de reembolso de Beneficios Cubiertos.

NIVEL DE REEMBOLSO

Todos los pagos efectuados por la compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de definiciones de esta Póliza. No se pagarán beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamiento, servicio, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

DEDUCIBLE

El Deducible se aplica a los Beneficios Cubiertos incurridos por los Asegurados durante cada año en que la Póliza este en vigor. Los siguientes cargos no pueden ser utilizados para satisfacer el deducible: a.) cargos en excesos de los gastos razonables y acostumbrados, b.) Cargos incurridos para tratamientos, suministros, o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza, c.) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, numero de días, meses, consultas, o cantidades monetarias), d.) cualquier penalidad incurrida por no cumplir con los requisitos para Ingresar a un hospital, o e.) otros cargos indicados en un anexo a esta Póliza.

REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL

Si un asegurado requiere ser hospitalizado en los Estados Unidos de Norte América (incluyendo Puerto Rico), dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con la compañía revisora de servicios médicos, llamando al número de teléfono que aparece en la Tarjeta de identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera.

- A) Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia.
- B) Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

Las comunicaciones con la compañía revisora no garantiza el pago de ningún servicio prestado. Cualquier pago de servicios prestados, estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier cuidado deberá ser recibido recaerá sobre el Asegurado y el Médico. Si un asegurado decide ingresar a un Hospital en los Estados Unidos de Norte América (incluyendo Puerto Rico), sin antes comunicarse con la compañía revisora, sus beneficios serán reducidos al 60% tal como se indica en el Cuadro de Seguros para servicios obtenidos por proveedores fuera de la red.

La compañía revisora pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de facilidades no cubiertas bajo la Póliza. Cuando esto ocurra, sujeto a la aprobación de la compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en la misma base de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

Si un asegurado decide ingresar a un hospital en la República Dominicana fuera de nuestra red de proveedores o recibir un servicio ambulatorio cubierto, por un proveedor que no acepte garantía de pago de Proseguros, se reembolsara al asegurado el 60% de los gastos justos, usuales y acostumbrados.

Beneficios:

1) Servicios de Hospital

Los beneficios Cubiertos están limitados a :

A) Reclusión en Hospital

Cargos por cuarto y alimentación a base de tarifa de habitación Semi-Privada en el extranjero. Para internamientos en el país de residencia la base de reembolso es de habitación privada hasta un máximo de US\$250.00 diarios.

Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones Semi-Privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimento será el ochenta por ciento de la tarifa mas baja que tenga el Hospital por una habitación privada.

Unidad de cuidados intensivos y otra unidad de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces el cargo de cuarto y alimentación.

Otros servicios de Hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados

Cuando un Asegurado se someta a un procedimiento quirúrgico que no requiere internamiento en el Hospital, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

2) Servicios Médicos

A) Visitas en el consultorio, excepto en el país de residencia, donde se excluye.

B) Visitas en el Hospital, limitada a una visita por día de hospitalización. No se pagaran visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.

C) Cirugía, los Beneficios Cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a: tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnostico de una enfermedad que involucre incisiones o suturación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté:

- 1) Cubierto bajo la Póliza, y
- 2) Sea hecho en un hospital, consultorio medico o un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provee el mayor reembolso bajo la Póliza

Los beneficios por cirugía reconstructiva solo serán pagados si dicha cirugía es:

- 1.- Médicamente necesaria y
- 2.- Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente incurrido durante la vigencia de esta Póliza.

D) Cirujano Asistente. En el evento de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios están limitados a honorarios Razonables y Acostumbrados.

E) Anestesiólogo. Los beneficios cubiertos están limitados a los cargos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.

F.) Anestesiólogo Asistente. En el evento de necesidad medica, y previa autorización de la compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a honorarios razonables y acostumbrados.

3.-Maternidad

Los gastos ocasionados por el embarazo de una asegurada estarán cubiertos como si fuese una enfermedad hasta el monto estipulado en el cuadro de beneficios de esta Póliza. Los beneficios serán pagaderos después de nueve meses de cobertura consecutiva bajo la Póliza, contados a partir del ingreso de la Póliza de la asegurada. Durante este periodo de nueve meses los gastos incurridos por la ase

Las hijas dependientes de un Asegurado Principal no estarán cubiertas bajo este beneficio aunque tengan más de 21 años de edad.

Las inclusiones de recién nacidos deben ser notificadas dentro de los catorce (14) días sub siguientes a la fecha del nacimiento. Dicha inclusión sería automática.

Los recién nacidos que sean incluidos luego de pasado esta fecha, serán evaluados como nuevo ingreso y en caso de presentarse alguna condición deberán presentar reporte médico por la misma, para proceder con la evaluación del riesgo.

Los recién nacidos de una maternidad no cubierta por la póliza, son sometidos a evaluación de riesgo para fines de ingreso a la póliza.

Los servicios médicos incurridos durante la evaluación y aprobación de ingreso a la cobertura, no estarán cubiertos bajo la póliza y deberán ser notificados a La Compañía para determinar su cobertura a futuro.

4.-Defectos Congénitos

A. Recién Nacido. Si el beneficio de maternidad esta cubierto, tal como se estipula en el inciso (3) anteriormente descrito, los defectos congénitos del recién nacido estarán cubiertos hasta el monto especificado en el cuadro póliza.

B. Si el defecto congénito es diagnosticado al paciente, luego de haber ingresado a la Póliza, el mismo estará cubierto hasta el monto estipulado dentro del cuadro de beneficios.

5.-Trasplante de órganos y tejidos

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes

- a) Corazón
- b) Corazón / pulmón
- c) Hígado
- d) Páncreas
- e) Riñón
- f) Médula Ósea
- g) Córnea

Los trasplantes de órganos deben ser notificados a La Compañía inmediatamente sean indicados al Asegurado. Los mismos serán coordinados por la compañía revisora quien se encargará de la coordinación de todos los servicios, tratamientos y procedimientos relacionados con, y así como también, de proporcionar el acceso a los hospitales que son miembros de la red de proveedores en los cuales se les puede prestar el servicio.

No notificar a La Compañía por escrito, inmediatamente sea indicado el trasplante al asegurado resultará en la cancelación del pago del beneficio, por el episodio de cuidado completo.

El beneficio de Trasplante de órganos y tejidos esta sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, el beneficio de trasplante de órganos y tejidos esta sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún Beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento servicio, cirugía o suministro:

- c) Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el Trasplante, estén disponibles.
- d) Suministrado como el segundo trasplante o un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha efectiva de esta póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos de materiales y servicios no específicamente excluidos quedaran cubiertos si:

- A) Se incurren durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenido de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intente trasplantar a un Asegurado.
- B) Se incurran en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano o tejido con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:

1.- Investigación de donantes potenciales.

2.- Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos y máximos aplicaran, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.

- C) Se incurrirán en el cultivo de la médula ósea con relación al trasplante practicado a un asegurado.

Todo trasplante deberá realizarse en un hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la Comunidad Medica Internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio máximo para trasplantes de órganos está estipulado dentro del cuadro de beneficios de la póliza.

6.-Recetas Médicas Ambulatorias

Los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- A) Requieren receta médica para ser obtenidos
- B) Deben ser dispensados por un medico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales, y.
- C) Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América (United States Food and Drug Administration).

Este beneficio solo aplica fuera del país de residencia y serán siempre sujetos a reembolso. Aplica a deducible y coaseguro.

7.-Ambulancia Aérea

- 1) Ambulancias Aéreas: Los gastos elegibles incluyen los gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al hospital o institución medica mas cerca con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es médicamente necesaria, y:

- A) El viaje en una aeronave comercial (por ejemplo, en camilla acompañado por un médico) no es posible, y.
- B) La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
 - 1) Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas.
 - 2) Con equipos y suministros médicos especiales, y.
 - 3) Con Personal médico calificado.

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza. El hospital hacia donde el Asegurado será transportado tiene que ser un hospital en la ciudad de los Estados Unidos de Norte América más cercana al punto de evacuación.

Para obtener este servicio deberá de llamar al teléfono que se indica en el reverso de su tarjeta de identificación. El no precertificar este servicio de ambulancia aérea implica la declinación de este beneficio.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

No se pagaran beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

- 1.-Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen médico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, la emisión de pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación de eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
- 2.-Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refracción ocular y la habilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la habilitación de audífonos.
- 3.-Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie, padecimientos sintomáticos de los pies, zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie, o cualquier otro servicio o suministro preventivo.
- 4.-Tratamiento o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano o natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto bajo esta póliza.
- 5.-Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamientos de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a , el tratamiento del síndrome temporo-mandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que une la mandíbula al cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

6.-Defectos congénitos y anormalidades o condiciones asociadas con el nacimiento si han sido diagnosticadas antes de ingresar a la Póliza. Sin embargo, en caso de defectos o anormalidades congénitas que se presentan en un recién nacido cuya madre esta cubierta con el Beneficio de Maternidad o son diagnosticadas luego de haber ingresado a la póliza, dichos defectos o anormalidades están cubiertas hasta hasta el máximo estipulado en el cuadro resumen de beneficios.

7.-Un accidente o enfermedad que esta relacionada a:

- a) Daños causados a si mismo, ya sea en estado de locura o cordura.
- b) Guerra, declarada o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles
- c) Participación en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio político.
- d) Participación en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitando a, riñas iniciadas por el asegurado.
- e) Ocurridas bajo la influencia, total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico. Ningún beneficio será pagadero por algún accidente o enfermedad contraídos mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un médico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica.

8.-Tratamiento para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitando a exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un médico Psiquiatra, o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol.

9.-Tratamientos para el manejo de la maternidad, si dichos tratamientos:

- A) Son efectuados en los primeros diez meses de la fecha de efectividad de esta Póliza, o.
- B) Son incurridos por una hija del Asegurado Principal, no importando la fecha en que fueron incurridos.

10.-Gastos en exceso como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en el Cuadro de Seguros.

11.- Tratamientos, servicios, o suministros que:

A.-) No sean médicamente necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o enfermedad, aunque ellos sean:

- 1) Recetados, recomendados, o aprobados por un médico o dentista, o.
- 2) Ordenados por una Corte Judicial.

C.-) Prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado.

D.-) Suministrados por el tratamiento de complicaciones de Accidentes o enfermedades no Cubiertas por esta Póliza.

E.-) Prestados por parientes cercanos del Asegurado durante un periodo de hospitalización del Asegurado.

F.-) Prestados antes de la fecha efectiva de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el accidente o la enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el periodo de vigencia de la Póliza.

G.-) Prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionado con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Changas o sus complicaciones.

H.-) Prestadas para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por la compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dichas condiciones excluidas.

I.-) Prestadas para el tratamiento de abortos electivos.

12.-Cualquier tratamiento, servicio o suministro los cuales pueden ser recibidos bajo un sistema legal, no importando si se efectuó aplicación o no a dicho sistema.

13.-Terapia recreacional o educacional.

14.- Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un medico:

- A) Experimentales o investigativas.
- B) Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de la regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minoxidil, o chicles de nicotina.
- C) Medicinas, drogas o suministros que no requieren receta medica, aunque el medico las recete.
- D) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Medicamente Necesarias en el tratamiento de una condición medica, o.
- E) Medicinas recetadas para condiciones que o son medicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza.

15.-Gastos los cuales:

- A) exceden el costo razonable y acostumbrado de un servicio o suministro.
- B) No hubieran sido incurridos en la ausencia del seguro.

D) Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza.

16.- Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministros relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadias hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x.

- A) Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamientos relacionados, para reparar modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o el psique del Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta Póliza.
- B) Keratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción.
- C) Procedimientos de transplante de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta Póliza.
- D) Cambios de genero sexual, o mejorías en la disfunción sexual, incluyendo pero no limitada a, prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales.
- E) Revisión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control del embarazo, o.
- F) Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimiento para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para la infertilidad.

17.-Visita a la sala de emergencia de un Hospital por un accidente o enfermedad que no es considerado de emergencia.

18.- Tratamientos quiroprácticos de desordenes en la espina dorsal o el esqueleto, incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos.

19.- Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamente Necesarios.

20.- La practica o participación en eventos deportivos profesionales, en carrera o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montaña (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deporte invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deportes o entrenamientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad u otras condiciones agravantes.

21.- Gastos de internamiento en un Hospital que se inicien en un Viernes, Sábado o Domingo, a no ser que:

- A) El medico tratante certifique de que es Medicamente Necesario,

- 22.-Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente en estado crítico.
- 23.-Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o del uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole.
- 24.-Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas: servicios, suministros, y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidados de custodia, instituciones o centros de rehabilitación, instituciones o centros de tratamiento para cuidados geriátricos, o instituciones que no sean consideradas como Hospitales, tal como se define en esta Póliza, incluyendo, pero no limitado a, instituciones de cuidados a largo plazo e hidroclínicas.
- 25.-Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería. Alquiler o compras de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio o equipos similares.
- 26.-Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sean recetados por un médico.
- 27.- Tratamientos de accidentes o enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo el cuidado de un médico, o que no sean autorizadas por un médico.
- 28.- Tratamientos en instituciones en las cuales el Asegurado tenga derecho a recibir cuidados gratuitos.
- 29.- Gastos elegibles sometidos a la Compañía seis meses o más después que fueron incurridos.
- 30.- Tratamientos, servicios, o suministros prestados en:
- A) Países, o.
- B) Por, o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a restricciones comerciales, penalidades económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestas por el gobierno de los Estados Unidos de Norte América, o cualquiera de sus agencias.
31. - Enfermedades o secuelas de condiciones pre-existentes iniciadas antes de la vigencia del seguro. A menos que tales pre-preexistencias hayan sido declaradas y aceptadas por la Compañía al momento del inicio de la Póliza. Cualquier enfermedad o lesión pre-existente no reportada resultará la negación del servicio o una cancelación de la Póliza.
- 32.- Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.

TERMINACION DEL SEGURO

Los beneficios proporcionados por esta Póliza terminarán a las 12:01 A.M. en la primera de las siguientes fechas.

- 1) El último día del año de contrato, por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, no es recibido durante el periodo de gracia.
- 2) En lo que se refiere a empleados, el último día durante el cual el empleado deja de ser elegible, tal como se estipula en esta Póliza.
- 3) En lo que se refiere a dependientes elegibles, el día en que los beneficios del empleado terminara o el día en que dejan de ser Dependientes elegibles, tal como se estipula en esta Póliza.
- 4) En lo que se refiere a un hijo dependiente, el último día del año de contrato en que dicho hijo dependiente se ha casado, esta trabajando en un empleo regular, cumple con los diecinueve años de edad, si es un estudiante.
- 5) En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual un divorcio es concebido.
- 6) En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el empleado fallece.
- 7) En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos bajo la póliza, el último día del mes en que la compañía es informada de que el empleado ya no reside en República Dominicana.

ESTIPULACIONES GENERALES

Contrato Indivisible: La Póliza, las solicitudes y todos los anexos y endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes. La Póliza no podrá ser modificada, excepto por un oficial de la Compañía. Para que una modificación se a valide, tendrá que ser hecha por medio de una anexo o endoso firmado por un oficial de la Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar alguna de sus estipulaciones.

Duración de la Póliza: Esta Póliza tiene de doce meses y puede ser renovada por un periodo de la misma duración al pagarse la prima de renovación.

Cambios a la Póliza: Cualquier cambio en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, entrara en vigor treinta días después de que un aviso por escrito es enviado al contratante y su corredor o agente. Si el cambio propuesto no es aceptado por el contratante, dicho contratante tiene derecho a cancelar la póliza, por medio de un aviso por escrito con anterioridad a la fecha de vigencia del propuesto cambio. Ninguna de las estipulaciones de esta póliza pueden ser cambiadas o renunciadas, excepto por medio de endoso firmado por un oficial de la compañía.

Primas: Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustaran en la renovación y estarán basadas en las edades de los asegurados y el nivel de primas en general en vigor por ese año. Si la cobertura

otorgada bajo esta Póliza, en lo que se refiere a un empleado, es cancelada debido a que el empleado, o alguno de sus dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no puedan ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante un periodo de vigencia de la Póliza, la porción de prima no devengada durante el período de vigencia será acreditada a la Póliza como abono a la próxima renovación.

Período de Gracia: Después del pago de la primera prima, un periodo de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas. Si al expirar el periodo de gracia, la prima vencida no es pagadera, la compañía cancelará la póliza en la fecha de vencimiento de la prima pagadera.

Rehabilitación: Si esta Póliza es terminada por la falta del pago de las primas, el contratante puede someter un formulario de rehabilitación, dentro de los sesenta días de la fecha de terminación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado. Si el formulario es aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas fueren pagadas.

Los beneficios rehabilitados solamente cubrirán accidentes sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se inician diez días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el contratante y los asegurados tendrán todos los derechos concedidos bajo la póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

Error Clerical: Errores clericales, o demoras en establecer los registros por parte de la compañía: a) no ocasionaran negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras, b) no extenderán el periodo de cobertura que hubiera terminado, y c) estarán sujetos a los ajustes necesarios de primas, si ellos fueran necesarios.

Declaración Inexacta de la Edad: Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los asegurados:

- 1) Si al inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho, y
- 2) La edad correcta determinara si los Asegurados tienen derecho a estar cubiertos bajo la póliza.

Notificación de Reclamos: Notificación escrita de un reclamo debe ser dada a la Compañía dentro de los siguientes treinta días después de ser incurridos en el reclamo, o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará ningún reclamo, ni lo reducirá, si se demuestra que la prueba por escrito no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto fue notificada cuando fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del asegurado, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió el reclamo y la naturaleza y el monto del mismo.

Formularios de Reclamos: Al recibir notificación de un reclamo, la Compañía proveerá formularios para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamo puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del periodo de tiempo indicado en esta Póliza, de la ocurrencia, naturaleza, y el monto del reclamo.

Pago de Beneficios: Una vez que la Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un reclamo, la Compañía: a) pagará los correspondientes beneficios bajo esta póliza, o b) notificará el reclamo, por escrito, de los motivos para no pagar los beneficios, o c) notificará al reclamante, por escrito, de que documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

Moneda: Los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de Norte América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos. Las facturas presentadas para reembolso donde los cargos sean presentados en pesos dominicanos (RD\$) serán reembolsados en la moneda local.

Permiso para Revisar Registros Médicos: Todos los asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizarán a cualquier hospital, medico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a la compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta del asegurado.

Derecho de Rehusar Cesiones de Pagos: La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al empleado y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

Derecho a Examen: La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un medico designado por ella, a un asegurado que tenga un reclamo pendiente. Donde y cuantas veces sea razonablemente posible.

Locución: Ninguna locución será impuesta para recobro bajo esta Póliza hasta que hayan transcurrido sesenta días desde la fecha en que se presento prueba por escrito de una perdida. Ninguna locución será impuesta después que haya transcurrido un año desde la fecha en que se suministró aviso por escrito de una perdida.

Subrogación: La Compañía tiene el derecho de subrogación sobre los derechos de los asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del asegurado, por gastos médicos que la Compañía haya pagado, cuando el asegurado tiene derecho recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo compañías de seguro de responsabilidad civil o cualquier persona o entidad que causaron el accidente o necesidad del cuidado, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los asegurados cooperaran con la Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso, incluyendo el proporcionar a la Compañía con cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por la Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomará acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de la compañía bajo esta Póliza.

Pagos en Exceso: La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos

Derechos de Recuperación: La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como beneficios bajo esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho de un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

- A) Se debe o tiene relación con un accidente o enfermedad, y.
- B) Beneficios han sido pagados bajo esta Póliza por un accidente o enfermedad.

La Compañía tiene un derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor de:

- A) La cantidad total de beneficios pagados por el accidente o enfermedad, y.
- B) La cantidad recibida por el asegurado por el accidente o enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomará acción alguna que perjudique el derecho de la Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que la compañía pudiese requerir.

Acciones u omisiones de terceras personas: La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de ningún hospital, médico, o cualquier otra tercera persona.

Notificaciones: Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el contratante, esta será enviada al agente o corredor del contratante y si debe ser dada a la Compañía, debe ser enviada a su oficial principal.

Fraude: La Compañía puede terminar la cobertura de un Asegurado o de toda la Póliza por medio de aviso escrito a él, debido a declaraciones falsas en los formularios de suscripción, o por fraude para obtener cobertura, o por tratar de obtener cobertura por medio de dolo. La terminación será efectiva desde la fecha de iniciación del seguro. La Compañía reembolsará la prima pagada, menos el valor de cualquier beneficio pagado. Si el valor de los beneficios pagados excede el valor de la prima, el asegurado reembolsará tal exceso de la compañía.



Firma Autorizada