

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO VIVE SALUDABLE

DEFINICIONES

Asegurado principal: Es la persona física que ha sido aceptado en esta calidad, que tendrá acceso a los beneficios y servicios de este plan, conforme los términos y condiciones del presente contrato y sus anexos, siempre previo cumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos por la compañía y sea previamente aceptadas por esta.

Actividad física: Es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

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

Accesos: medios para obtener los beneficios contratados.

Alimentación consciente: se refiere al equilibrio entre la conciencia del hambre, la distinción de la sensación de saciedad y el placer de comer a través del control del conocimiento de lo que realiza.

Año póliza: cada periodo de doce (12) meses contados a partir del primer día de la fecha de vigencia del presente contrato.

Beneficiario: Persona física o jurídica que haya sido designada por escrito en la solicitud de emisión por el afiliado, con la finalidad de recibir los beneficios de la cobertura de Fallecimiento indicada en el cuadro resumen de beneficios.

Contratante: persona física o jurídica a quien se le emite el contrato basado en un interés asegurados en determinado por la ley aplicable y quien está a cargo del pago de la prima.

Contrato: Es el documento o contrato emitido por Seguros Sura del cual forman parte las presentes condiciones generales, las condiciones particulares y el cuadro de cobertura que detallan los términos del plan adquirido, los reportes de afiliados, el formulario de la solicitud de afiliación, el examen o informe médico en los casos que aplique, y cualquier otro documento, enmienda, endoso o anexo.

Cuadro de Beneficios: Es el documento que forma parte integral del presente contrato en el cual se detallan los beneficios cubiertos por el plan de salud de cobertura nacional e internacional seleccionado por el contratante y el afiliado.

Chequeo médico anual de rutina: es una evaluación médica, efectuada por un médico especialista en medicina interna que consiste en la realización de una historia clínica detallada, seguida de una exploración física y anatómica por equipos médicos.

Calendario de programación: cronograma de las actividades a realizar durante un periodo determinado.

Chequeo preventivo: es una evaluación con la finalidad de identificar factores de riesgo que permite prevenir enfermedades futuras.

Dependiente: Significa el cónyuge del Afiliado o compañero de vida debidamente registrado, o el hijo o hija, hija o hijo adoptado legalmente, o hijastro, que dependan económicamente del Afiliado, sean menores de veintinueve (29) años de edad, siempre y cuando sean estudiantes a tiempo completo, no hayan contraído matrimonio y sean aceptados en esta calidad por Seguros Sura.

Diagnóstico Clínico: Es la opinión o dictamen emitido por el médico tratante del Afiliado, basado en el examen físico, la historia clínica y los resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.

Emergencia: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

Enfermedad: Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

Enfermedades Comunes: Son los problemas de salud que con más frecuencia surgen entre la población. Pueden afectar a cualquier persona (tanto a hombres como a mujeres, según la afección) y por causas diversas.

Información de carácter personal: toda información de carácter personal del Asegurado o sus dependientes de las que **Seguros Sura** tenga conocimiento durante la ejecución del contrato de seguros. La información accesada quedará sujeta a la "Política General de Seguridad de la información y Ciberseguridad" de Seguros Sura que puede ser consultada en: <https://www.segurossura.com.do/politicas-de-privacidad/> donde se informa, entre otros aspectos, del tratamiento de la información y cómo ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación, limitación y oposición. Los datos facilitados serán utilizados, exclusivamente para la gestión, prestación y coordinación de los servicios derivados del contrato de seguros suscritos con **Sura**.

La compañía: a efectos de las presentes condiciones generales, refiere a Seguros Sura, S. A.

Médico: Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

Medicamentos recetados: Sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o aquellas para establecer un diagnóstico médico. Estos medicamentos no deben ser de venta libre.

Nutricionista: Experto en el área de la salud con conocimientos en alimentación, nutrición y dietética que acompañará al asegurado en sus hábitos alimenticios para tener un estilo de vida saludable y salud balanceada.

Prexistencia: Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como más 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 médica o consulto a un médico, b.) recibió tratamiento médico, servicios o suministros, c.) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, o medicinas recetadas o recomendadas, o.
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento.

Persona(s) Cubierta(s): El asegurado principal y/o cualquiera de sus familiares dependientes elegibles, tal como aquí se definen. Asegurados que se encuentran activos suscritos al seguro, también se refieren como asegurados.

Psicólogo: profesional experto en las teorías de los procesos psicológicos a partir de principios científicos, éticos y socio-humanísticos.

Profesional en deporte o preparador físico: Experto en movimiento consciente, entrenamiento deportivo y los demás procesos de carácter técnico. Te acompañará y te guiará para determinar tu rutina y hábitos frente a la actividad física de acuerdo con tus objetivos.

Procedimientos de Diagnóstico: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesario usado para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

Prevención: medida que se toma de manera anticipada para evitar que suceda un evento negativo.

Plataforma Virtual: se refiere a la herramienta tecnológica utilizada para la entrega de servicios de forma digital.

Red de Proveedores Preferidos: Agrupación de Empresas y/o personas físicas de servicios que se han comprometido a prestarles servicios al Asegurado según lo contratado en el seguro.

Red Sura: proveedores afiliados a Seguros Sura para la entregar la cobertura contratada.

Salud mental: es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.

Salud social: habilidad para la adaptación y la autogestión ante los cambios y desafíos del entorno, así como la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas.

Salud financiera: estado de ser de la persona, el cual le permite cumplir perfectamente con sus obligaciones financieras, se encuentra en una situación de tranquilidad ante su futuro financiero y es capaz de tomar decisiones que le permitan disfrutar de su vida.

Servicios Ambulatorios: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

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

Tratamiento médico: conjunto de medicación o terapias planificadas de manera objetiva que se requieren para curar o aliviar una lesión o enfermedad en una persona.

Talleres: cursos breves en los que se enseña una determinada actividad practica o artística.

1. INDICACION DEL SEGURO

El seguro concebido bajo esta póliza entra en vigor a las 12:01 A.M. del día de expedición indicada en la caratula o condiciones particulares de la póliza.

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 un medio escrito verificable.

2. BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios descritos en esta póliza están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta póliza.

3. ALCANCE DE LA COBERTURA

a. PREVENCIÓN

i. Chequeos médicos rutinaria

El asegurado tendrá acceso a un (1) chequeo médico de rutina por año póliza en los proveedores afiliados. Estos proveedores estarán listados en la Red Sura y el mismo deberá ser agendado con al menos 5 días laborables anteriores a la fecha del servicio a través de los accesos estipulados en el resumen de cobertura.

Si en la fecha elegida por el asegurado para el servicio médico, el proveedor no tiene disponibilidad, Seguros Sura estará avisando con al menos 48 horas previas al servicio y suministrará fechas adicionales donde el proveedor cuente con la disponibilidad para fines de elección del asegurado.

El asegurado es responsable de gestionar cada año su cita médica.

El asegurado debe retirar por el proveedor elegido sus resultados y autoriza al proveedor a entregar a Seguros Sura una copia de éste para conocimiento del estado de salud del asegurado.

ii. Actividad Física Consciente

Seguros Sura estará entregando a través de los accesos estipulados en el cuadro resumen de beneficios al menos tres actividades físicas semanales. Estas actividades físicas pueden ser de forma virtual o presencial.

El asegurado es responsable de verificar el calendario de programación de actividades semanales que estará disponible en los diferentes accesos.

Cada persona agendará sus clases semanales a través del enlace que tendremos en los diferentes accesos ingresarán a la plataforma designada para la entrega de la clase programada. Si las actividades son presenciales, en el calendario de programación estarán las directrices para participar en las mismas.

iii. Alimentación Consciente

Seguros Sura estará entregando un programa nutricional que estará compuesto de acompañamiento con frecuencia quincenal a través de charlas y talleres con temas sobre la alimentación y patologías relacionadas a la salud de las personas.

En los acompañamientos virtuales y grupales de nutrición se entregarán guías de alimentación genéricas, así como lineamientos para las personas que tengan condiciones médicas especiales y requieran alimentación adecuada a su condición de salud. Cada persona es responsable de comunicar su condición especial o restricción alimenticia en los espacios virtuales para que el médico moderador pueda orientar en los talleres sobre las mismas.

Este acompañamiento no sustituye la visita al médico especialista de la persona que tenga una condición especial de salud y que requiera servicios médicos por la misma.

Es responsabilidad del asegurado el agendarse en los talleres y acompañamientos quincenales. El asegurado ingresará a través del enlace que tendremos en los diferentes accesos a la plataforma designada para la entrega.

Cada asegurado es responsable de verificar el calendario de programación, que será enviado al correo electrónico indicado en la solicitud de ingreso, donde se mostrarán los temas pautados para cada mes.

iv. Acompañamientos en Salud Mental y Salud Social

Seguros Sura estará entregando talleres con temas relacionados a la salud mental y social. Los talleres de la salud mental serán impartidos con una frecuencia bimestral, y los relacionados con la salud social, con una frecuencia trimestral.

Los talleres de salud mental serán grupales donde cada persona podrá comunicar o consultar sobre condiciones especiales acerca de los temas para que el moderador pueda orientarles en los talleres sobre las mismas.

Los talleres de salud social y comportamiento de las personas serán grupales, donde cada persona podrá comunicar o consultar sobre condiciones especiales acerca de los temas para que el moderador pueda orientarles en los talleres sobre las mismas.

Las personas se agendarán en los talleres que desean realizar a través del link que tendremos en la web de la solución e ingresarán a la plataforma designada para la entrega en la fecha destinada para el evento.

Cada asegurado es responsable de verificar el calendario de programación que será enviado al correo electrónico indicado en la solicitud de ingreso, donde se mostrarán los temas pautados para cada mes. Es responsabilidad del asegurado el agendarse en los talleres y acompañamientos. El asegurado ingresará a través del enlace que tendremos en los diferentes accesos a la plataforma designada para la entrega.

v. Acompañamiento Salud Financiera

Seguros Sura estará entregando talleres con temas relacionados a la salud financiera, los cuales serán impartidos con frecuencia bimestral.

Los talleres de salud financiera serán grupales donde cada persona podrá comunicar o consultar sobre condiciones especiales acerca de los temas para que el moderador pueda orientarles en los talleres sobre el mismo.

Por medio de la plataforma virtual, te acompañamos a visualizar tu situación financiera actual desde el entendimiento de las causas, situaciones particulares, motivadores y comportamientos psicológicos que influyen en tus decisiones financieras. Podrás acceder a contenido virtual que te permitirá desarrollar y fortalecer tus conocimientos desde la parte psicológica y financiera para que tengas herramientas al momento de tomar decisiones encaminadas al logro de tus propósitos.

Cada asegurado es responsable de verificar el calendario de programación donde se mostrarán los temas pautados para cada mes.

Es responsabilidad del asegurado el agendarse en los talleres y acompañamientos quincenales. El asegurado ingresará a través del enlace que tendremos en los diferentes accesos a la plataforma designada para la entrega.

b. Salud Virtual

i. Consulta Médica Virtual

El asegurado tendrá acceso a consultas médicas virtuales, a través de video, audio y chat con la finalidad de obtener un diagnóstico o atender una condición médica que se le presentara de urgencia, en las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

El acceso será a través de la plataforma virtual donde estará disponible en la página WEB Sura.

El usuario de acceso será el correo electrónico indicado en la solicitud de ingreso al seguro y la clave de ingreso se entregarán en las condiciones particulares. Cada asegurado es responsable de realizar el cambio de clave en el primer acceso a la plataforma médica virtual. La clave es confidencial, ya que la información que se maneja en la plataforma es propia de cada asegurado.

Cada asegurado mayor de 18 años tendrá acceso individual a la plataforma. Los asegurados menores de 18 años serán asignados a la plataforma del padre, madre o tutor legal indicado en el formulario de emisión de póliza. Aun estando bajo el mismo usuario se manejarán los servicios de forma independientes.

El uso de la plataforma médicas es individual, por lo que, en caso de que una persona diferente al asegurado o su dependiente asegurado acceda a la plataforma para utilizar los servicios médicos, Seguros Sura podrá cancelar el presente contrato de seguros y penalizar con el cobro de los servicios al asegurado.

El asegurado reconoce que en caso de una emergencia o cualquier situación que ponga en peligro la vida de su persona o dependientes, debe ser atendido por las unidades médicas o centros de salud correspondientes.

Asimismo, el asegurado acepta y reconoce que Seguros Sura estará en pleno conocimiento de las informaciones médicas disponibles en la plataforma virtual, así como los resultados de los chequeos médicos de rutina.

ii. Consultas médicas virtuales psicológicas

El asegurado tendrá acceso a consultas médicas de atención psicológica virtuales con la finalidad de obtener un diagnóstico cuando identifique cambios de comportamientos o hábitos de vida y requiera acompañamiento de un especialista.

El acceso será a través de la plataforma virtual donde estará disponible en la página WEB Sura, de lunes a viernes de ocho y treinta de la mañana (8:30 am) a cinco y treinta de la tarde (5:30pm).

El usuario de acceso será el correo electrónico indicado en la solicitud de ingreso al seguro y la clave de ingreso se entregarán en las condiciones particulares. Cada asegurado es responsable de realizar el cambio de clave en el primer acceso a la plataforma médica virtual. La clave es confidencial, ya que la información que se maneja en la plataforma es propia de cada asegurado.

Cada asegurado mayor de 18 años tendrá acceso individual a la plataforma. Los asegurados menores de 18 años serán asignados a la plataforma del padre, madre o tutor legal indicado en el formulario de emisión de póliza. Aun estando bajo el mismo usuario se manejarán los servicios de forma independientes.

El uso de la plataforma medica es individual, por lo que, en caso de que una persona diferente al asegurado o su dependiente asegurado acceda a la plataforma para utilizar los servicios médicos, Seguros Sura podrá cancelar el presente contrato de seguros y penalizar con el cobro de los servicios al asegurado.

Asimismo, el asegurado reconoce que Seguros Sura estará en pleno conocimiento de las informaciones médicas disponible en la plataforma virtual.

iii. Medicamentos y Tratamientos Médicos

Si derivado de la atención médica o atención psicológica virtuales el asegurado se le prescribe/n medicamento/s para el tratamiento de su condición médica o diagnóstico, el médico general que brindo la atención médica virtual remitirá la indicación electrónica a la red de farmacias afiliadas al seguro, y los mismos se estarán enviados a la dirección indicada por el asegurado a más tardar 12 horas posteriores al servicio.

El límite de medicamentos será el estipulado en el cuadro de cobertura de la póliza.

La remisión de medicamentos derivados de la atención médica o atención psicológica virtuales es individual, por lo que, en caso de que una persona diferente al asegurado reciba estos medicamentos para su uso, Seguros Sura podrá cancelar la cobertura y penalizar con el cobro de los servicios al asegurado.

iv. Acompañamiento en medios de diagnósticos presenciales o domiciliarios

Si derivado de la atención médica o atención psicológica virtuales se le indica al asegurado estudios médicos o laboratorios para la confirmación de un diagnóstico, el médico general estará remitiendo a Seguros Sura la indicación médica electrónica para los fines. Es responsabilidad del asegurado contactar a Seguros Sura a través de los diferentes accesos para que se le indique el proveedor y las fechas disponibles para el servicio. Seguros Sura se encarga de realizar las citas pertinentes y de informar al asegurado vía el correo electrónico indicado en el formulario de emisión de la póliza.

Estos servicios únicamente pueden ser otorgados a través de la red de proveedores Sura para este programa. Si el asegurado elige otro proveedor fuera de la red, el pago del servicio es responsabilidad del asegurado.

Estos servicios serán coordinados y/o agendados a partir de 24 horas posterior a la solicitud del asegurado.

El límite de servicios será el estipulado en el cuadro de cobertura de la póliza.

La atención medica virtual o atención psicológica, así como los servicios generados de las mismas son individuales, por lo que, en caso de que una persona diferente al asegurado reciba los mismos, Seguros Sura podrá cancelar la cobertura y penalizar con el cobro de los servicios al asegurado.

c. Odontología:

Esta cobertura contempla los procedimientos establecidos en el cuadro póliza que se muestra a continuación, con el porcentaje de indemnización determinado hasta el límite anual por asegurado en las condiciones particulares de la póliza.

Dichos procedimientos y/o servicios será procesados mediante reembolso.

Cuadro de cobertura

| SERVICIOS/COBERTURAS | PORCENTAJES DE INDEMNIZACION |
|----------------------------|------------------------------|
| EMERGENCIA | 100% |
| ESTUDIOS RADIOLOGICO | 75% |
| PROFILAXIS/LIMPIEZA DENTAL | 100% |
| PUENTES/CORONAS | 50% |
| CIRUGIA | 75% |
| ENDODONCIA | 60% |
| ORTODONCIA | 50% |
| EXTRACCION PIEZAS | 60% |
| BRUXISMO | 55% |
| PERIODONTITIS | 50% |

Los servicios detallados en el cuadro de cobertura inician con posterioridad a los noventa (90) días posteriores a la iniciación de la primera vigencia del presente contrato o de la inclusión de la cobertura.

d. Oftalmología:

Esta cobertura contempla un chequeo médico anual para la prevención o el diagnóstico de condiciones médicas de la vista, para cada asegurado incluido en la póliza. Estos servicios serán brindados dentro de nuestra red proveedores.

Si de este chequeo médico anual se derivada algún estudio en adicional para confirmar o descartar un diagnostico los mismos serán cubiertos hasta los límites estipulados en las condiciones pólizas.

Si algunos de los servicios no están dentro de los servicios otorgados por los proveedores de la red, el asegurado deberá realizar la notificación previa a Seguros Sura para fines de evaluación y aprobación y posterior reembolso hasta al límite de valor asegurado estipulado en las condiciones pólizas.

Estos beneficios también contemplan la adquisición de monturas, vidrios o cristales y lentes de contactos que sea prescritos por la evaluación médica realizada, serán cubiertos hasta los límites máximos estipulados para la cobertura.

Los servicios de esta cobertura inician con posterioridad a los noventa (90) días posteriores a la iniciación de la primera vigencia del presente contrato o de la inclusión de la cobertura.

4. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

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

1. Defectos congénitos y anomalías o condiciones asociadas con el nacimiento si han sido diagnosticadas antes de ingresar a la póliza. Sin embargo, en caso de defectos o anomalías congénitas que se presentan en un recién nacido cuya madre está cubierta con el Beneficio de Maternidad o son diagnosticadas luego de haber ingresado a la póliza, dichos defectos o anomalías están cubiertas hasta el monto máximo indicado en el cuadro resumen de beneficios.
2. Un accidente o enfermedad a consecuencia de; a) Daños causados a sí mismo, ya sea en estado de locura o cordura. b) Accidente o enfermedad derivada de 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) Ocurren bajo la influencia, total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico. Sin embargo, 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.

3. 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.
4. Gastos en exceso como se estipula en el Cuadro de Beneficios, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios.
5. Tratamientos, servicios, o suministros que:
 - a. No sean médicamente necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o enfermedad, aunque ellos sean:
 - a) Recetados, recomendados, o aprobados por un médico o dentista u ordenados por una autoridad Judicial. b. Sean de naturaleza experimental o investigativa o que sean efectuados de manera no aceptada por la comunidad médica. 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) o Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) dentro de los primeros 2 años del contrato póliza haber entrado en vigencia, luego de transcurrida este periodo, hasta el monto máximo estipulado en el cuadro resumen de cobertura. h) Cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones, i) 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. j) Prestadas para el tratamiento de abortos electivos.
6. 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.
7. Las siguientes drogas, medicinas y suministros, aunque sean recetadas por un médico:
 - 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 médica, aunque el medico las recete. d) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Médicamente Necesarias en el tratamiento de una condición médica, o e) Medicinas recetadas para condiciones que o son médicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta póliza.
8. Gastos los cuales:
 - a. exceden el costo razonable y acostumbrado de un servicio o suministro para los casos donde: a) las condiciones particulares presenten delimitaciones. b) No hubieran sido incurridos en la ausencia del seguro, o c) Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza.
9. Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministros relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadías 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. Queratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción. C. Procedimientos de trasplante 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.
10. Visita a la sala de emergencia de un Hospital por un accidente o enfermedad que no es considerado de emergencia.

11. Tratamientos quiroprácticos de desórdenes en la espina dorsal o el esqueleto, incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos.
12. Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamente Necesarios.
13. La práctica 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.
14. Gastos de internamiento en un Hospital que se inicien en un Viernes, Sábado o Domingo, a no ser que: a) El médico tratante certifique que es Medicamente Necesario, b) Que dicha estadía que se inicia en un fin de semana sea debido a un procedimiento quirúrgico que va a ser efectuado el día siguiente al día de la admisión hospitalaria.
15. 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.
16. 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.
17. Gastos elegibles sometidos a la compañía seis meses o más después que fueron incurridos.
18. 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.
19. 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.
20. Pandemias o Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.
21. Tratamientos para el manejo de la maternidad y parto salvo que se encuentren incluidos en el cuadro de beneficios.
22. Los servicios individuales o personalizados no forman parte de la cobertura a menos que no sean indicados como tal por este condicionado póliza.

2. ESTIPULACIONES GENERALES

i. NIVEL DE REEMBOLSO

Esta póliza no contempla reembolsos de ninguno de los servicios descritos en la póliza a menos que dentro de la descripción del servicio este estipulado el mismo o La Compañía instruya el mismo por escrito al asegurado.

ii. MODIFICACIONES POLIZAS

Cualquier cambio en las estipulaciones o condiciones de esta póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, o modificaciones en los beneficios a entregar, 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 puede ser cambiadas o renunciadas, excepto por medio de endoso firmado por un oficial de la compañía.

iii. 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 para pólizas colectivas, el último día durante el cual el asegurado 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 terminasen o el día en que dejan de ser dependientes elegibles, tal como se estipula en esta póliza.
- 4) En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual un divorcio es concebido.
- 5) En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el empleado fallece.
- 6) 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 asegurado ya no reside en República Dominicana.

iv. 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 sea válida, tendrá que ser hecha por medio de un 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.

v. 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.

vi. PRIMAS

Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta póliza son por el término de un año. Las primas se ajustarán 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 de una póliza colectiva o un asegurado dependiente de una póliza individual, 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 periodo de vigencia será acreditada a la póliza como abono a la próxima renovación.

vii. 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 y quedará liberada de toda responsabilidad con el asegurado o contratante.

viii. 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.

ix. DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los asegurados: 1) Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho, y 2) La edad correcta determinará si los asegurados tienen derecho a estar cubiertos bajo la póliza.

x. 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.

xi. MONEDA

Los pagos a efectuarse bajo esta póliza serán hechos en Pesos Dominicanos. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a pesos dominicanos, será pagada en pesos 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.

xii. PERMISO PARA REVISAR REGISTROS MÉDICOS

Todos los asegurados cubiertos bajo esta póliza autorizaran a cualquier hospital, médico, 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.

xiii. DERECHO DE REHUSAR CESIONES DE PAGOS:

La compañía se reserva el derecho a rehusar cesiones de pagos a terceros.

xiv. DERECHO A EXAMEN

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

xv. 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.

xvi. PAGOS EN EXCESO

La compañía tiene el derecho de recuperar pagos de beneficios emitidos incorrectamente y puede aplicar a pagos futuros, cualquier pago en exceso que haya sido emitido con anterioridad.

xvii. 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 u 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 ducha 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.

xviii. ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS

La compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de ningún hospital, medico, o cualquier otra tercera persona.

xix. NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta póliza serán dadas por escrito por un medio verificable. Si la notificación es para el contratante o asegurado, esta será enviada al agente o corredor del contratante o al asegurado directamente y si la notificación es para la compañía, debe ser enviada a su oficial principal.

xx. FRAUDE

La compañía puede terminar la cobertura de un asegurado o de todas las pólizas 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 reembolsara 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 reembolsara tal exceso de la compañía.

En termino de lo cual, Seguros Sura ha emitido el presente contrato en Santo Domingo, D. N.,



FIRMA AUTORIZADA