

GOLDMED **CONDICIONES
GENERALES**

ÍNDICE

GOLDMED

Condiciones Generales del Contrato

CLÁUSULA NO. 1	PERSONAS ELEGIBLES
CLÁUSULA NO. 2	TERMINACIÓN DEL SEGURO
CLÁUSULA NO. 3	HORA EFECTIVA
CLÁUSULA NO. 4	TÍTULO O CONCEPTOS
CLÁUSULA NO. 5	DEFINICIONES
CLÁUSULA NO. 6	PRE-CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS
CLÁUSULA NO. 7	BENEFICIOS
CLÁUSULA NO. 8	RECLAMACIONES
CLÁUSULA NO. 9	SUBROGACIÓN
CLÁUSULA NO. 10	FORMA Y CÁLCULO DE PRIMA
CLÁUSULA NO. 11	EXCLUSIONES
CLÁUSULA NO. 12	CANCELACIÓN
CLÁUSULA NO. 13	ARBITRAJE TÉCNICO
CLÁUSULA NO. 14	JURISDICCIÓN
CLÁUSULA NO. 15	NOTIFICACIÓN



RNC 101-001941

CONDICIONES GENERALES

SEGUROS UNIVERSAL, S.A.

(En lo adelante llamada LA COMPAÑÍA), PAGARÁ al recibir las pruebas fehacientes de la reclamación, los beneficios que constan en el Cuadro Póliza de este documento, las condiciones generales y particulares en lo que respecta a cada persona asegurada.

Esta Póliza se le expide al ASEGURADO, indicado en las CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, tanto en consideración a la solicitud de éste como a las solicitudes individuales de cada persona asegurada, si las hubiere, y al pago por adelantado de las primas que se consignan en este documento, para que entre en vigor en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

La Póliza terminará conforme se especifica más adelante, por incumplimiento de cualquier prima al expirar el período otorgado para tal pago y terminará también por las circunstancias indicadas en la Cláusula No. II de esta póliza, después de recibirse aviso escrito al efecto, ya sea de parte de LA COMPAÑÍA o del ASEGURADO.

Esta Póliza se expide y se acepta en el entendimiento de quedar sujeta a todos los privilegios y condiciones expuestos en esta página y en las subsiguientes de este documento, los cuales forman parte de la Póliza.

CLÁUSULA I.- PERSONAS ELEGIBLES

Son elegibles las personas residentes en la República Dominicana, sujeto a las políticas de suscripción y condiciones de la Póliza, como se estipula a continuación:

- a. El esposo o esposa legal de un Asegurado, o la persona viviendo con un Asegurado en una reconocida condición de marido y mujer.
- b. Los hijos solteros de un Asegurado, hijastros e hijos legalmente adoptados, mayores de catorce

(14) días y menores de veintitrés (23) años de edad siempre que sean estudiantes de tiempo completo dependiendo económicamente de sus padres y que no han contraído matrimonio. Los hijos mayores de 23 años de edad, permanecerán dentro del núcleo familiar, de manera automática, pagando la tarifa correspondiente de acuerdo a la escala de edad de un dependiente adicional. También podrá quedar como titular independiente, si es solicitado por el titular de este contrato, manteniendo la continuidad de cobertura, en todo caso, si la solicitud se recibe dentro de los próximos 30 días después de la fecha de efectividad de la exclusión.

Todas las personas que sean elegibles de acuerdo a esta Cláusula, deberán presentar el formulario de solicitud de seguro a LA COMPAÑÍA debidamente completado antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o anterior a la fecha en que el Asegurado califique como elegible, debiendo residir por lo menos nueve meses del año en República Dominicana.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor el día primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud por LA COMPAÑÍA siempre que dicha solicitud sea recibida antes del día 25 de cada mes.

CLÁUSULA II.- TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de cualquier Asegurado en virtud de este documento, quedará automáticamente terminado, inmediatamente al ocurrir la primera de las siguientes fechas:

- a. Fecha de terminación de la Póliza.
- b. La fecha en que se deje de pagar la prima.
- c. La fecha en que se deje de ser elegible de acuerdo a la Cláusula I.

CLÁUSULA III.- HORA EFECTIVA

Queda establecido que la 12:01A.M. hora nacional, será considerada la Hora Efectiva con respecto a cualquier fecha referida en la Póliza.

CLÁUSULA IV.- TÍTULO O CONCEPTOS

Los títulos o conceptos de esta Póliza son únicamente para referencia. Estos no afectarán de ninguna manera las disposiciones de la Póliza.

CLÁUSULA V.- DEFINICIONES

1. SOLICITUD

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

2. BENEFICIOS

LA COMPAÑÍA pagará los gastos médicos incurridos por los asegurados a causa de una enfermedad o un accidente que requiera asistencia médica de acuerdo al diagnóstico y necesidades del tratamiento y a los términos y condiciones de la Póliza, siempre y cuando los cargos efectuados hubiesen sido necesarios, usuales, razonables y acostumbrados

3. INCAPACIDAD

Se entiende como toda lesión corporal o enfermedad que sufra un Asegurado y que requiera tratamiento médico, siempre y cuando dicha incapacidad se encuentre cubierta bajo la presente Póliza.

4. ENFERMEDAD

Significa cualquier alteración de la salud del Asegurado que le origine reducción de su capacidad funcional manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos.

5. COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

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

6. ACCIDENTE

Es cualquier lesión corporal sufrida por el Asegurado, directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad.

7. LESIÓN

Es el daño al cuerpo del Asegurado, causado por y como resultado de un accidente ocurrido después de la fecha de ingreso del Asegurado a la Póliza. Todos los daños sufridos por el Asegurado en conexión con cualquier accidente, serán considerados una lesión.

8. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

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

9. EXAMENES MÉDICOS

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir, a quienes aspiren a ser asegurados bajo la presente Póliza, que se sometan a un examen médico que será practicado por profesionales señalados por LA COMPAÑÍA.

Igualmente, durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA podrá requerir al Asegurado o Asegurados para que se sometan, dentro de un plazo de terminado, a exámenes practicados por médicos señalados por la misma, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho Asegurado o Asegurados, antes o con posterioridad a la realización de riesgos cubiertos por esta Póliza.

Así mismo, el Asegurado o Asegurados deberán suministrar todas las informaciones requeridas por LA COMPAÑÍA sobre su estado de salud, antes y después de la expedición de la Póliza y autorizarán a los profesionales o instituciones

donde hubieran sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

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

El incumplimiento de las anteriores obligaciones del Asegurado permitirá a LA COMPAÑÍA dar por terminado el contrato de seguro mediante comunicación escrita dirigida a la última dirección registrada del Asegurado, cuando dicho incumplimiento se presentare antes de la ocurrencia de un siniestro; si se presentare después, permitirá a LA COMPAÑÍA, además, deducir de la indemnización los perjuicios que el incumplimiento le pueda producir.

10. SERVICIOS AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS

Son aquellos servicios ambulatorios proporcionados y prescritos por un médico autorizado para ejercer como especialista o consultor, a quién la persona asegurada es remitida por su médico tratante.

11. HOSPITALIZACIÓN

Significará la reclusión de por lo menos 24 horas, de una persona registrada como paciente en un hospital, según se define posteriormente, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de habitación y alimentación.

12. DEDUCIBLE

Es la cantidad fija de gastos médicos que será cubierta por el Asegurado en cada Año Calendario, según lo establecido en el Cuadro Póliza.

13. COASEGURO

Es el porcentaje de gastos médicos cubiertos a cargo del Asegurado que se aplica en cada Año Calendario al monto total de gastos médicos cubiertos en exceso del Deducible, según lo establecido en el Cuadro Póliza.

14. OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Significa:

- a. Operación por incisión
- b. La sutura de una herida
- c. El tratamiento de una fractura
- d. La reducción de una luxación
- e. Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos sí se utilizan en lugar de extracción quirúrgica de un tumor).
- f. Electrocauterización
- g. Procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia
- h. El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas varicosas.

15. SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X

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

16. MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN

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

17. SERVICIOS HOSPITALIZACIÓN

Es todo tratamiento médico suministrado al Asegurado cuando no estén disponibles tratamientos o diagnósticos apropiados de servicios ambulatorios, si este se encuentra internado en el hospital, por un período ininterrumpido

de por lo menos 24 horas. Los servicios hospitalización comprenden los cargos de habitación y alimentación en el hospital, así como el uso de todas las facilidades médicas del mismo. Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un médico, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario para el tratamiento de la enfermedad o lesión amparada por la Póliza.

18. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE

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

19. SERVICIO DE AMBULANCIA AÉREA

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

20. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE EMERGENCIA A RAÍZ DE UN ACCIDENTE

Es todo tratamiento de emergencia necesario para la reconstrucción o el reemplazo de piezas dentales, que hayan sido dañadas o perdidas en un accidente, siempre que tal tratamiento sea provisto a consecuencia de un accidente cubierto bajo esta Póliza y que el Asegurado haya sido hospitalizado.

21. HOSPITAL

Es toda institución donde se tratan enfermedades y emergencias, legalmente autorizada para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el país donde se encuentre establecida. Se excluyen centros para descanso, curas de reposo, cuidados de custodia, convalecencia, rehabilitación, hidroclínicas, spas, sanatorios, instituciones geriátricas, atenciones a largo plazo, para el tratamiento de alcoholismo, drogadicción y condiciones nerviosas o mentales.

22. CENTROS AMBULATORIOS DE CIRUGÍA

Son instituciones o departamentos de atención de enfermos no hospitalizables de una entidad hospitalaria, con una organización de empleados, y de médicos que:

- a. Están licenciados bajo la jurisdicción en donde se localiza.
- b. Mantiene facilidades permanentes que son equipadas y usadas principalmente para ejecutar procedimientos de cirugía y que proveen continuo tratamiento y cuidado de una enfermera graduada.
- c. Tiene todo el equipo necesario para uso, antes, durante y después de cirugía.
- d. Tiene al menos un cuarto de recuperación.
- e. No provee servicios de hospitalización.

23. MÉDICO

Es un profesional autorizado legalmente, para practicar el arte de sanar y que practica dentro del alcance de su autorización. "Practicar el arte de sanar" significa ofrecer o llevar a cabo la diagnosis, tratar, operar o prescribir para cualquier dolor, lesión, enfermedad, deformidad o condición mental o física humana. Dicha persona debe ser licenciada y no puede estar relacionada con el Asegurado por sangre o por ley.

Otros profesionales tales como trabajadores sociales, entre otros, no son considerados dentro de la definición de médico y, aunque cobran por sus servicios, no están cubiertos bajo la Póliza.

24. ENFERMERA EN EL HOGAR.

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

25. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES EN ESTADOS UNIDOS

Significa un grupo específico de médicos e instituciones de atención médica, seleccionados por LA COMPAÑÍA, que proveen servicios de atención a los Asegurados.

26. GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA)

Los costos que asume LA COMPAÑÍA dentro de los límites establecidos por la Póliza, deben tener la calidad de "costos razonables", esto es, los costos que son normales o usuales en el lugar en donde ellos se presten según su naturaleza y ser además necesarios, exclusivamente desde el punto de vista médico, como consecuencia de los riesgos amparados de enfermedad, lesiones personales y, eventualmente embarazo. En ningún caso podrán ser superiores a los gastos que se pagan dentro de la red de prestadores contratados por LA COMPAÑÍA, La Administradora de Reclamos internacionales o Reaseguradores.

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

Para estos efectos, en caso de que exista discrepancia entre el Asegurado y LA COMPAÑÍA, desde ahora acuerdan someterse a un ARBITRAJE TECNICO de conformidad con lo establecido en la Póliza.

27. NECESIDAD MÉDICA O MEDICAMENTO NECESARIO

Significa que un tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un hospital (o parte de una estancia en un hospital):

1. es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia de la persona asegurada;
2. no excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un

diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;

3. ha sido prescrito por un médico;
4. es consistente con las normas profesionales y farmacológicas aceptadas por las instituciones avaladas internacionalmente;
5. en el caso de un paciente hospitalizado, el tratamiento no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente;
6. conveniente de acuerdo al estado de salud del Asegurado;
7. que su naturaleza no sea experimental o investigativa;
8. queda excluido, el acto, tratamiento, servicio o suministro ordenado y proporcionado, bajo las siguientes condiciones:
 - a. Ingresos en hospitales, para tratamiento que pudieron haberse dado de manera ambulatoria.
 - b. Días de ingreso por encima de lo usual y razonable, según el padecimiento del Asegurado.

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

28. ENFERMEDAD O CONDICIONES PRE-EXISTENTES

Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de vigencia del contrato o a la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S), sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran

preexistencias para los fines de este contrato. En todo caso se considera preexistencia toda lesión, condición o enfermedad que aparezca como antecedente en la historia clínica del CONTRATANTE, sin importar si ha sido declarada o no, o si ha sido detectada o no en el examen médico de ingreso, si éste se hubiere realizado. Así mismo, se consideran como preexistencias todos los antecedentes declarados en el cuestionario de salud. El período de espera será de 24 (veinticuatro) meses calendarios consecutivos después de iniciada la cobertura del Asegurado, para Condiciones Pre- Existentes declaradas, aceptadas expresamente mediante endoso y no excluidas de forma permanente por LA COMPAÑÍA, reservándose el derecho de establecer exclusiones permanentes o temporales.

29. TRATAMIENTO ELECTIVO

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

30. EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO

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

Los médicos de la COMPAÑÍA determinarán cuando un tratamiento, procedimiento, terapia, droga o dispositivo es considerado experimental o investigativo.

31. CUIDADO CUSTODIAL

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

32. ASEGURADO

Es la persona, en su calidad de titular o dependiente, que luego de cumplir con los requisitos de elegibilidad y pagada la prima ha sido aceptada en esta compañía para recibir los beneficios detallados en el Cuadro Póliza del plan seleccionado.

33. PERSONA CUBIERTA

Es el Asegurado o las demás personas que aparecen en la solicitud de inscripción, en los anexos y/o endosos.

34. PARIENTE CERCANO

Significa el cónyuge del Asegurado, o el hijo o hija, hermano, hermana, o los padres del Asegurado o de su cónyuge.

35. AÑO CALENDARIO

Es el período anual comprendido entre el 1ro. de enero hasta el 31 de diciembre del mismo año.

36. COMPAÑÍA

Es la empresa aseguradora que se obliga por virtud de esta Póliza.

37. PRIMACIA

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

38. RED DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Grupo de Centros Médicos de Trasplante, seleccionados por LA COMPAÑÍA, que proveen a los Asegurados servicios de atención especializados en trasplantes de órganos.

39. REHABILITACIÓN

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

40. ENFERMEDADES Y/O DEFECTOS CONGÉNITOS Y/O HEREDITARIOS:

- Defecto Congénito: Es toda alteración presente al momento del nacimiento.
- Defecto o Enfermedad Hereditario: Es aquél que presenta el recién nacido por alteraciones del desarrollo fetal, a consecuencia de alteraciones en los genes transmitidos por los padres, independientemente que esta se haga evidente al momento del nacimiento o posterior a este, incluso después de varios años.
- Enfermedad Congénita: Es aquella adquirida por el feto durante la gestación.

41. RECIÉN NACIDO CON PROBLEMAS:

Se trata de toda situación de salud que presenta una criatura al momento del nacimiento que no está considerado en la definición de Enfermedades y/o Defectos Congénitos y/o Hereditarios, siendo los más comunes niños prematuros, aspiración de líquido amniótico, ictericia neonatal, bajo peso al nacer.

42. RESIDENCIA:

Para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que el TITULAR y los DEPENDIENTES residan permanentemente en República Dominicana, un total de nueve meses durante el año de vigencia. En consecuencia, el incumplimiento del expresado plazo mínimo de residencia acarreará la resolución automática del presente contrato.

Están exceptuados de esta limitación los dependientes hijos, que cursen estudios en el extranjero, siempre que se encuentren inscritos como tales en los registros de LA COMPAÑÍA. El CONTRATANTE y/o Asegurado deberán informar a la COMPAÑÍA el nombre del Asegurado, nombre

de la institución educativa, país de residencia y duración de los estudios en el extranjero.

43. CURAS DE REPOSO:

Descanso prescrito por un médico al Asegurado, como consecuencia de patologías psiquiátricas o psicológicas.

44. HABITACIÓN SEMI PRIVADA:

Representa la habitación compartida por dos o más personas. En caso de que compruebe la no disponibilidad de este tipo de habitación en el centro donde se esté ingresando el Asegurado, LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de la habitación privada de menor costo en dicho centro, según el porcentaje de cobertura estipulado en el Cuadro Póliza.

45. EMERGENCIA

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

46. ENFERMERA PARTICULAR O PRIVADA.

Significa los servicios prestados por una enfermera legalmente autorizada, que lleve su labor como tal de forma particular, ya sea dentro de una clínica, hospital, centro de convalecencia, rehabilitación, etc., previa orden o no del médico tratante.

47. ENFERMERO (A)

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

48. ASEGURADO PRINCIPAL O TITULAR

Es la persona asegurada en un grupo familiar que llena y firma la solicitud de seguro de salud, y que está facultada para recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

49. AÑO PÓLIZA

Período de 365 días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y para cada renovación subsecuente. Incluye año bisiesto.

50. SERVICIOS AMBULATORIOS

Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requiere hospitalización. Estos pueden incluir Servicios brindados dentro de cualquier centro de salud o sala de emergencia, con una duración menor a 24 horas.

CLÁUSULA VI. PRE-CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS

Todo Asegurado deberá obtener una certificación de LA COMPAÑÍA en relación con los beneficios pagaderos bajo esta Póliza, para lo cual deberá notificar a LA COMPAÑÍA, por sí mismo o por alguien actuando en su nombre, sobre su intención de utilizar servicios médicos cubiertos por esta Póliza y sobre los datos básicos al respecto con anticipación de por lo menos cinco (5) días hábiles en casos de servicios pre-programados (Servicios que pueden ser programados con anticipación), o lo más pronto posible en caso de servicios de emergencias. En este caso la notificación deberá hacerse dentro de las próximas setenta y dos (72) horas después de haber comenzado la condición que amerite el tratamiento de la emergencia.

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

En caso de que se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, LA COMPAÑÍA quedará

completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización.

En caso de que no se cumplan con las disposiciones establecidas en este artículo, LA COMPAÑÍA pagará, después de haber analizado las circunstancias particulares del caso, la indemnización correspondiente según el esquema previsto en el Cuadro Póliza.

El requisito de Certificación aquí descrito no garantiza o confirma, por sí misma, los beneficios pagaderos bajo esta Póliza.

CLÁUSULA VII. BENEFICIOS

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

A. SUMAS ASEGURADAS MÁXIMAS

Las sumas aseguradas máximas están establecidas en el Cuadro Póliza. Estas sumas no aplican para los beneficios que establecen un límite máximo por evento, por vida o anual de cobertura.

B. DEDUCIBLE

El deducible es aplicable a todos los gastos amparados, por Asegurado y por año calendario, hasta el límite establecido en el Cuadro Póliza.

C. COASEGURO

Los coaseguros para gastos de hospitalización y ambulatorios están establecidos en el Cuadro Póliza.

D. COBERTURA DE GASTOS AMPARADOS FUERA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA (SUJETO AL DEDUCIBLE Y COASEGURO)

Sujeto a toda las condiciones, límites, exclusiones y definiciones de la Póliza LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA), médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión

que afecte al Asegurado y que haya tenido lugar durante la vigencia de la misma.

1. GASTOS AMPARADOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

- Costo de habitación semi-privada
- Servicio regular de enfermería
- Alimentación del paciente incluyendo dietas especiales
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad de Cuidados Coronarios
- Terapia respiratoria y fisioterapia
- Terapia ocupacional del Asegurado hospitalizado
- Sala de operación
- Sala de recuperación
- Equipos de asistencia de corazón artificial o de circulación artificial
- Equipos de asistencia de riñón artificial o diálisis
- Suministro de material médico quirúrgico y de cura
- Análisis de laboratorio
- Rayos X
- Estudios Especiales requeridos con fines de diagnóstico
- Electrocardiogramas
- Administración de oxígeno
- Electroencefalogramas
- Soluciones intravenosas e inyecciones
- Medicamentos
- Sala de emergencia, cuidados iniciales dentro de las primeras setenta y dos (72) horas de haber ocurrido el accidente o la emergencia médica
- Monitor cardíaco
- Honorarios del médico cirujano y anesthesiólogo

E. COBERTURA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

1. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN: Los Beneficios en la República Dominicana se limitarán exclusivamente a los servicios de Hospitalización, señalizados anteriormente en el Acápito D, sección # 1, incluyendo honorarios médicos por servicios prestados durante el periodo de hospitalización, los cuales serán cubiertos sobre la base de los gastos usuales, razonables y acostumbrados CURA).

2. SERVICIOS AMBULATORIOS: Para la obtención de los servicios ambulatorios es necesaria la contratación de los mismos. Estos estarán sujetos a todas las condiciones, límites, exclusiones y definiciones de la Póliza. LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos usuales, razonables y acostumbrados CURA) de los siguientes gastos amparados:

- Consulta Ambulatorias
- Estudios Espaciales para diagnósticos
- Diagnostico Ambulatorio
- Emergencias Ambulatorias
- Vacunas en centros de vacunación afiliados
- Cirugías Ambulatorias

F. SERVICIOS DE MATERNIDAD

1. FUERA DE REPÚBLICA DOMINICANA

Serán cubiertos los servicios de Maternidad, para aquellas Aseguradas que hayan satisfecho el período de espera de 10 meses a partir de la fecha efectiva de su inclusión en la Póliza. En el caso de abortos terapéuticos se cubrirán los servicios para las Aseguradas cuyos embarazos se inicien a partir de los 31 días de la fecha efectiva de su inclusión en la póliza.

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

El recién nacido fuera de República Dominicana, durante la vigencia de la cobertura de la madre, tendrá cobertura para casos de defectos de nacimiento y de enfermedades congénitas según lo estipulado en el Cuadro Póliza.

2. DENTRO DE REPÚBLICA DOMINICANA

Serán cubiertos los servicios de Maternidad, para aquellas Aseguradas que hayan satisfecho el período de espera de 10 meses a partir de la fecha efectiva de su inclusión en la Póliza. En el caso de abortos terapéuticos se cubrirán los servicios para las Aseguradas cuyos embarazos se inicien a partir de los 31 días de la fecha efectiva de su inclusión en la póliza.

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

El recién nacido dentro de República Dominicana, durante la vigencia de la cobertura de la madre, tendrá cobertura para casos de defectos de nacimiento y de enfermedades congénitas según lo estipulado en el Cuadro Póliza.

El recién nacido durante la vigencia de la cobertura de la madre, gozará de los beneficios de la póliza provisionalmente hasta un plazo de 30 días a partir de la fecha de su nacimiento, mientras se formalizan los trámites de inclusión del mismo.

G. AMBULANCIA AÉREA

Serán cubiertos los gastos usuales, razonables y acostumbrados (CURA) por reembolso al Asegurado por el uso de ambulancia aérea al hospital más cercano y apropiado para una urgencia médica, cuando:

- Dicha urgencia no se pueda atender en el lugar donde se originó la emergencia.
- El Asegurado se encuentre en estado de cuidados intensivos.
- El Asegurado muestre síntomas de incapacidad o enfermedades elegibles cubiertos.
- El tratamiento o procedimiento no esté disponible donde el Asegurado está hospitalizado.

- La condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros.
- El Director Médico de LA COMPAÑÍA, haya aprobado la necesidad del uso de una ambulancia aérea.

La suma máxima asegurada será la establecida en el Cuadro Póliza.

H. BENEFICIOS DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Una vez que se haya satisfecho el deducible, LA COMPAÑÍA abonará sujeto al coaseguro indicado en el Cuadro Póliza los gastos usuales, razonables y acostumbrados (CURA) incurridos por el Asegurado, mientras esté cubierto bajo esta Póliza, por todos los tratamientos, procedimientos, servicios o su-ministros médicamente necesarios, proporcionados por o como resultado de, un trasplante cubierto bajo esta Póliza.

Los servicios por trasplantes, que incluyen los procedimientos e instalaciones donde se realizarán los trasplantes, deberán ser previamente aprobados por LA COMPAÑÍA. El Asegurado deberá notificar a LA COMPAÑÍA, tan pronto como se determine que es un candidato para un trasplante. Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por, o en relación con, un procedimiento de trasplante que no haya sido previamente aprobado por LA COMPAÑÍA, o que no es considerado como médicamente necesario. Los gastos cubiertos incluyen los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA) en relación con los siguientes procedimientos, servicios y suministros incurridos por, o como resultado de un trasplante cubierto bajo esta Póliza:

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

Los beneficios están limitados a dos trasplantes por vida. Un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sección de cirugía será considerado como un sólo trasplante. Los beneficios para la repetición de un

trasplante (un trasplante realizado por segunda vez, debido al fracaso de un trasplante inicial), solo serán pagaderos si LA COMPAÑÍA lo aprueba como médicamente necesario.

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

TRASPLANTES CUBIERTOS BAJO ESTA PÓLIZA

Sólo se cubren bajo esta Póliza los siguientes trasplantes:

- a. Corazón, pulmón, Cornea, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario;
- b. Médula ósea autóloga para:
 1. Linfoma de no-Hodgkin, estado 111 A o B; o estado IV o B;
 2. Linfoma de Hodgkin, estado 111 A o B; estado IV A o B;
 3. Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída;
 4. Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída;
 5. Tumores de células embrionarias;
- c. Médula ósea alogénica para:
 1. Anemia aplásica;
 2. Leucemia aguda;
 3. Inmunodeficiencia severa combinada;
 4. Síndrome de Wiskott-Aldrich;
 5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg);
 6. Leucemia mielógena crónica (LMC);
 7. Neuroblastoma, estado 111 o IV en niños mayores de un año;
 8. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor);
 9. Linfoma de Hodgkin, estado 111 A o B, o estado IV A o B; o
 10. Linfoma de no-Hodgkin, estado 111 o estado IV.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Los beneficios pagaderos por procedimientos de trasplantes de órganos están sujetos a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza.

Además, las siguientes exclusiones aplican con relación a procedimientos de trasplante. No se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

1. Proporcionado como resultado de, o relacionado en cualquier manera a un trasplante que no esté específicamente nombrado como un trasplante cubierto bajo esta Póliza; o el cual no ha sido previamente aprobado por LA COMPAÑÍA;
2. Incurrido como resultado de, o relacionado en cualquier manera con una condición preexistente;
3. Considerado como experimental o investigativo; o electivo;
4. Proporcionado cuando un tratamiento alternativo, o procedimientos igualmente efectivos estuviesen disponibles al paciente, para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable por la realización del trasplante;
5. Proporcionado para, o como resultado de un trasplante, por el cual el recipiente es proporcionado de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos; o cuando el donante es de especie animal;
6. Proporcionado antes o después del periodo de vigencia de esta Póliza;
7. El cual no es médicamente necesario; o se realiza en una institución no considerada como un centro clínico u hospitalización o centro médico de trasplantes; o
8. Por costos que excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA).

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aplican en relación a beneficios por trasplantes:

ELECTIVO: Tratamiento, servicio, procedimiento, o cirugía, el cual:

1. No es médicamente necesario.
2. No es la única alternativa para que el Asegurado pueda tener una vida normal, a pesar de su enfermedad o condición.

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, curso de tratamiento, equipo, droga o medicamento que:

1. No es aceptado generalmente como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por el consenso de organizaciones profesionales reconocidas en la comunidad médica internacional;
2. Está bajo investigación o limitado a investigación;
3. Su uso es restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos;
4. No se ha probado de manera objetiva, que posea valor o beneficio terapéutico;
5. Su efectividad médica es discutible en relación a su funcionamiento;
6. Está bajo estudio, investigación, en un período de prueba, o en cualquier fase de un ensayo clínico (que incluye protocolos de estudio);
7. No ha sido aprobado por instituciones avaladas internacionalmente para estos fines.

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

ÓRGANO: Parte del cuerpo humano la cual ejecuta una función específica.

RECIPIENTE: Persona que recibe un órgano o trasplante de tejido.

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

TRASPLANTE: Procedimiento médicamente necesario, realizado mientras la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza esté vigente, durante el cual:

- Uno o más órganos son removidos de un donante (vivo o fallecido) por un proceso quirúrgico, y aplicados al Asegurado, considerado como el recipiente;
- Tejido perteneciente a: A) un donante (vivo o fallecido); o B) el mismo Asegurado, es aplicado por un proceso quirúrgico, al Asegurado, considerado como el recipiente.

Esta Póliza sólo cubre trasplantes de órganos específicos tal como se describe anteriormente.

DONANTE VIVO: Persona que dona de manera voluntaria un órgano, parte de un órgano o un tejido, a un paciente que lo necesita para fines de trasplante.

GRADOS DE DONANTES VIVOS: Un donante vivo tiene una de las siguientes relaciones posibles con el destinatario:

- a. Relacionado
 1. Genéticamente relacionados: 1er grado relación genética: padres, hijos 2do grado de relación genética: abuelo, nieto, hermano. 3er grado de relación genética: bisabuelo, tío, sobrinos. 4to grado de relación genética: primos.
 2. Emocional relacionada: Cónyuge (si no está relacionado genéticamente); padre o hijo adoptivo, suegros; amigos.
- b. • No relacionadas: No relacionados genéticamente o emocionalmente con receptor.

La obtención de órganos y tejidos de donante vivo, para su ulterior injerto o implicación en otra persona, podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos:

- a. Que el donante sea mayor de edad, goce de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado para la extracción.
- b. Que el donante haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión y otorgue su consentimiento de forma expresa, libre consciente y desinteresada.

- c. Que el destino de parte, órganos o tejidos extraídos, sea su trasplante a una persona determinada, relacionada según el grado de donantes vivos, indicados.
- d. Que el posible donante no se encuentre en estado de gestación.
- e. Únicamente podrá efectuarse la extracción de uno de dos órganos pares o de tejidos cuya remoción no implique riesgo razonablemente previsible que pueda causar la muerte, incapacidad total y permanente, o significativa reducción de la calidad de vida del donante.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE DONANTE VIVO

Estarán excluidas las donaciones de personas vivas, en las siguientes condiciones:

1. El trasplante de órganos de seres humanos vivos a otro ser humano vivo, cuando el órgano a trasplantar no es regenerable, único y esencial para la vida.
2. El trasplante de órgano de seres humanos vivos realizados a expensas de la anatomía de menores de edad, discapacitados o de toda otra persona que por cualquier circunstancia no haya o no esté en capacidad de expresar libremente su consentimiento.
3. No se podrá percibir compensación alguna por la donación de órganos. En ningún caso existirá compensación económica o en especie para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado.

APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN REPÚBLICA DOMINICANA

Este beneficio estará sujeto a deducible y coaseguro por año calendario. Sólo estarán cubiertos los gastos directos incurridos en la aplicación de Quimioterapia y Radioterapia como son: gastos clínicos, honorarios médicos y medicamentos usados en dicho procedimiento. Se exceptúan los demás medicamentos y procedimientos utilizados en el seguimiento del tratamiento del Asegurado.

J. PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

Es un programa que consiste en una evaluación médica, basada en los ante-cedentes de salud de la persona, un

examen físico y una serie de pruebas de laboratorios para los asegurados.

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

1. Pruebas incluidas en el Programa de Medicina Preventiva:
 - Hemograma Completo
 - Radiografía de Tórax
 - Sonografía Abdominal Pélvica
 - Mamografía (para las mujeres)
 - Química Sanguínea Completa
 - Rastreo para Cáncer de Próstata (PSA)
 - Electrocardiograma en Reposo
 - Examen de PAP (para las mujeres)
 - Panel de Lípidos, Renal y Hepático
 - Coprológico
 - Ecocardiograma
 - Rastreo para Cáncer de Colon
 - Hepatitis B, C, HIV, y VDRL
 - Uroanálisis Completo
 - Prueba de Esfuerzo
 - Sangre Oculta
 - Grupo Hematológico
2. Pruebas incluidas en el Programa de Medicina Preventiva:
 - Examen Físico
 - Historial médico
 - Pruebas de laboratorios
 - Panel de lípidos
 - Electrocardiograma
 - Prueba de Esfuerzo
 - Análisis de Orina
 - Análisis de Constitución del cuerpo
 - Examen de PAP (para mujeres)
 - Examen pélvico (sólo para mujeres)
 - Mamografía (sólo mujeres)
 - Rastreo para cáncer de próstata (PSA)
 - Radiografía de Tórax

- Espirometría
- Densitometría ósea
- Inmunizaciones
- Evaluación de dieta, estilo de vida y actividad física
- Consulta con médicos certificados e interpretación de los resultados

* Cualquier prueba o estudio adicional no está cubierto.

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

K. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En el caso de que un Asegurado fallezca en el exterior como consecuencia de una enfermedad sobre la cual estuviera recibiendo tratamientos médicos precertificados, LA COMPAÑÍA asumirá los siguientes gastos:

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

Es requisito para la obtención de este beneficio, que un familiar del fallecido se comunique con Seguros Universal, inmediatamente después del fallecimiento. La elección de los prestadores idóneos para el traslado de los restos mortales, así como el ataúd, son de elección de Seguros Universal. Esta cobertura culmina una vez los restos sean recibidos en el aeropuerto con destino final.

No aplica reembolso.

El límite de la cobertura será la establecida en el Cuadro Póliza.

L. SERVICIOS DE INTERCONSULTA

Mediante este servicio, "LA COMPAÑÍA" le ofrece un servicio de Consultas Médicas Internacionales, facilitándole al Asegurado efectuar consultas con destacados especialistas en el ámbito mundial, para confirmar diagnósticos y tratamientos sobre la base de los últimos avances científicos y tecnológicos. Para esto

el Asegurado deberá suministrar todo el historial clínico del caso a consultar, el cual será analizado por un equipo de especialistas, los cuales suministrarán un reporte al paciente y médico tratante detallando sus opiniones y recomendaciones sobre el problema consultado.

M. AEROAMBULANCIA ALERT PLUS

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

- 1. OBJETO. - AEROAMBULANCIA ALERT PLUS** comprende los servicios de ambulancia aérea y atención médica primaria y de emergencia a los asegurados, en todo el territorio nacional, en caso de ocurrirle un accidente automovilístico, incidente o cualquier evento que atente de forma grave su salud. Estos servicios se ejecutarán desde el lugar más cercano a la ubicación de los lesionados en el que el helicóptero ambulancia pueda aterrizar en condiciones de seguridad, hasta el helipad o punto de aterrizaje más cercano al Centro de Salud de destino, en el cual AEROAMBULANCIA, S. A., esté autorizado a aterrizar.
- 2. EJECUCIÓN DE LA ORDEN.- AEROAMBULANCIA, S.A.**, ejecutará los servicios requeridos por los asegurados de SEGUROS UNIVERSAL, S. A., siempre y cuando y a juicio del personal médico de servicio se trate de una emergencia de salud que amenace de manera inminente la vida del lesionado, o la afección permanente del mismo, reservándose el derecho de decidir si despacha o no una unidad de helicóptero ambulancia y de igual manera será de la exclusiva atribución del capitán del helicóptero o Aeronave Ambulancia, el suspender o modificar en cualquier momento la misión de rescate. En caso de que AEROAMBULANCIA, S.A. no pueda cumplir con la programación u algún otro requisito de la orden, AEROAMBULANCIA, S.A. deberá avisar al Asegurado.
 - 2.1 - Ejecución de Órdenes Nocturnas.-** AEROAMBULANCIA, S.A. ejecutará los servicios requeridos en horas de la noche, sólo en las áreas y helipuertos autorizados por el Instituto de Aeronáutica Civil (1 DAC). Otras áreas de aterrizaje podrán ser usadas, siempre a discreción del Capitán de la aeronave.

- 2.2 - Destino. AEROAMBULANCIA, S.A. realizará el transporte médico desde cualquier punto de la geografía nacional hasta el helipad punto de aterrizaje con seguridad más cercana al centro médico de preferencia del lesionado, afiliado, de sus familiares, o sus representantes, antes del inicio de la misión, sujeto a los presentes términos y condiciones. En caso de que no exista una designación del centro médico de traslado, el mismo se ejecutará hacia el centro médico que determine la tripulación de la Aeronave de AEROAMBULANCIA, S.A., atendiendo a los criterios profesionales y médicos de la tripulación que atiende la emergencia.
3. SUSPENSIÓN DE SERVICIOS.
- Interrupción de los Servicios de Transporte. AEROAMBULANCIA, S.A., podrá suspender en cualquier momento los Servicios de Transporte requeridos en virtud de un pedido u orden, por razones que escapan al control de AEROAMBULANCIA, S.A., relativas a las condiciones climáticas, las regulaciones del IDAC, casos de catástrofe nacional, tamaño y peso del lesionado, limitaciones de manufactura de los equipos, requerimientos de mantenimiento, o cualquier acto de un tercero, o un hecho de fuerza mayor no imputable a AEROAMBULANCIA, S.A., debiendo notificarlo a estos fines al Afiliado especificando las razones que motivaron la suspensión del mismo. La notificación de la suspensión o interrupción del servicio podrá realizarse de forma verbal o escrita.
 - Interrupción o Suspensión del Servicio por razones Médicas. El personal médico de AEROAMBULANCIA, S.A., tendrá en todo momento la potestad de decidir si procede o no el traslado de un lesionado, en razón de las condiciones médicas del mismo, las cuales serán evaluadas de acuerdo a la información recibida por AEROAMBULANCIA, S.A., antes del despacho de la aeronave y su tripulación y las comprobaciones realizadas en el sitio de rescate o abordaje del lesionado.
4. FUERZA MAYOR. - Excepto cuando se especifique en el presente acuerdo, AEROAMBULANCIA, S.A., no será responsable de sus obligaciones contractuales cuando sus operaciones hayan sido obstaculizadas o impedidas por causa de fuerza mayor. La parte que invoca la causa de fuerza mayor (i) notificará inmediatamente a la otra parte, (ii) hará todos los esfuerzos para remediar la causa del problema y (iii) cumplirá totalmente con sus obligaciones tan pronto como la causa haya desaparecido; la otra parte estará libre de sus obligaciones contractuales hasta el momento en el que la causa haya desaparecido.

CLÁUSULA VIII.- RECLAMACIONES

Aviso y Pruebas de Reclamación: Debe suministrarse a LA COMPAÑÍA los documentos necesarios para formalizar la reclamación, tales como formularios de reclamación debidamente completados, comprobantes y recibos originales que amparen los gastos incurridos dentro de los noventa (90) días después de haberse recibido los servicios.

Exámenes: LA COMPAÑÍA tendrá derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar al Asegurado cuando y tantas veces como lo requiere razonablemente mientras esté pendiente una reclamación bajo la presente. Para gastos médicos incurridos en cualquier parte del mundo y/o servicios de hospitalización en la República Dominicana, por los cuales el Asegurado solicita a LA COMPAÑÍA reembolso de los pagos realizados por su propia cuenta, el Asegurado deberá presentar reclamación formal que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía del siniestro, acompañada de las cuentas y/o comprobantes originales de pago de los servicios médicos u hospitalización a que haya sido sometido, así como toda la información relativa a las circunstancias que dieron lugar a los servicios cuyo reembolso se solicita, de conformidad con los formularios de Reclamación que, para tal efecto, le serán suministrados por LA COMPAÑÍA, sin perjuicio de la Libertad Probatoria que le asiste, de acuerdo con la Ley.

Para gastos médicos incurridos en los Estados Unidos de Norteamérica, por los cuales el Asegurado solicita a LA COMPAÑÍA reembolso de los pagos realizados por

su propia cuenta, el Asegurado deberá obtener de dichos proveedores, los formularios procesados conocidos como HCFA 1500 o CMS-1500 (formulario universal de los proveedores en los Estados Unidos), UB-92 (formulario universal de los hospitales en los Estados Unidos) o la factura detallada que contenga los siguientes datos: nombre del proveedor, dirección y número de registro fiscal (Tax ID), fecha del servicio, Código de Procedimiento (código CPT) y Código de Diagnóstico (código ICD-9).

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

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

CLÁUSULA IX.- SUBROGACIÓN

LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos con base en la Póliza de hospitalización por lesiones recibida por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas o de empresas que tienen cobertura para dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación, LA COMPAÑÍA podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, de los aseguradores de estos. En igual forma lo podrá hacer con el Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

DERECHOS DE SUBROGACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará el beneficio de la Póliza sujeto a que el Asegurado:

- a. Firme el finiquito respectivo y subrogue en LA COMPAÑÍA todos y cada uno de los derechos que pudiera corresponderle conforme a esta cláusula.
- b. No haya tomado o tome ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.

- c. Coopere y asista en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

CLAUSULA X. FORMA Y CALCULO DE PRIMA

Las primas se cobran por adelantado y así debe pagarlas el Asegurado en la oficina de LA COMPAÑÍA. Las primas se deben pagar conforme a la frecuencia de pago seleccionada por el ASEGURADO .. Ningún pago de prima podrá conservar la Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima a menos que se estipule lo contrario en este documento.

LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de cambiar la tarifa de primas o las bases sobre las cuales dichas primas sean calculadas:

1. En cualquier aniversario de la Póliza; y
2. En cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce (12) meses y siempre también que LA COMPAÑÍA notifique dicho cambio al Asegurado con un mínimo de treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento de prima.

La prima a ser pagada por los beneficios proporcionados por esta Póliza se determinará multiplicando el número de participantes en cada tipo de enrolamiento por la tarifa de primas que se estipulan en el Cuadro Póliza.

IMPUESTO

Estas tarifas no incluyen impuestos. Todos los impuestos, contribuciones y similares creados y por crearse que graven esta Póliza serán por cuenta del Asegurado.

LA COMPAÑÍA facturará las primas correspondientes en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y en la fecha de vencimiento de cada prima.

CLÁUSULA XI.- EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza no Cubre:

1. Lesiones o enfermedades adquiridas a consecuencia de actos de guerra, terrorismo, revoluciones, energía atómica o nuclear, así como las que resulten de la participación activa en huelgas, motines y conmoción civil.

2. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo la influencia de las drogas. Así como los tratamientos de manejo de dichas adicciones.

3. Enfermedades y/o Defectos Congénitos y/o Hereditarios, abarca las manifestaciones y pruebas genéticas manifestadas antes y después de la iniciación de vigencia de la Póliza o del Asegurado, excepto para casos derivados de un servicio de maternidad que haya sido cubierta bajo la misma o un Asegurado que tenga mínimo 10 años cubierto bajo la póliza.

4. Examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, chequeos médicos generales, a menos que el médico certifique que el tratamiento o servicio es médicamente necesario. Las vacunas, exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, costos de productos biológicos que sean inmunizaciones para propósitos de viajes o contra peligros y riesgo ocupacionales.

5. Enfermedades o secuelas de Condiciones Pre-Existentes iniciadas antes de la vigencia del seguro. No obstante, aquellas pre-existencias que hayan sido declaradas por el (los) solicitante (s), tendrán amparo una vez transcurridos veinticuatro (24) meses de protección, sin haber incurrido en gastos por dicha condición, contados a partir de la fecha de iniciación del seguro para cada Asegurado, siempre y cuando haya aceptación expresa por parte de LA COMPAÑÍA. Sin embargo aquellas condiciones en las cuales no se reúnan los criterios de salud mínimos aceptables a LA COMPAÑÍA podrían quedar excluidas con carácter permanente. Cualquier Condición Pre-Existente

no reportada puede resultar en una negación del servicio o en una cancelación de la Póliza.

6. Servicios Dentales. Los servicios dentales no estarán cubiertos a menos que los mismos sean requeridos como consecuencia de un accidente cubierto bajo esta Póliza, el cual sólo incluirá la reparación o reemplazo de dientes que fueron afectados en el accidente.

7. Enfermedad Mental o Nerviosa. Ningún beneficio o servicio incluyendo servicios psiquiátricos estarán cubiertos con respecto a enfermedades mentales o nerviosas.

8. Cirugía Plástica o Cosmética, Reconstructiva. Los servicios de cirugía plástica o cosmética no estarán cubiertos a menos que los mismos sean requeridos como consecuencia de un accidente y/o tratamiento quirúrgico por cáncer cubierto bajo esta Póliza. De igual forma se excluye el tratamiento quirúrgico de deformidades nasales del tabique nasal, que no haya sido causado por un accidente cubierto por esta póliza.

9. Daños Intencionales. Ningún servicio estará cubierto por intento de suicidio, daños auto infringidos, participación en actos ilegales, participación en reyerta o pleitos donde el Asegurado es el iniciador.

10. Calvicie; Esterilidad, incluyendo todo tratamiento, servicio, procedimiento para la infertilidad, la fertilización y/o inseminación artificial; Ginecomastia y Mastopatía.

11. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.

12. Gastos Incurridos por acompañantes de un Asegurado mientras éste se encuentra hospitalizado.

13. Servicios Ambulatorios en República Dominicana. No estarán cubiertos los servicios ambulatorios de emergencias, ni consultas médicas, ni medicamentos en ambulatorio dentro de la República Dominicana. Solamente están cubiertos los tratamientos de emergencias en aquellos casos en que el Asegurado sea admitido en el

hospital inmediatamente después de recibir los servicios de emergencia. Se exceptúa los servicios ofrecidos en el Programa de Medicina Preventiva con el proveedor de servicios asignado por LA COMPAÑÍA en República Dominicana, los servicios de la cobertura ambulatoria siempre y cuando se contrate el beneficio indicado en la Cláusula VI 1, Acá pite E, numeral 2) y las aplicaciones de Quimioterapias y Radioterapias dadas en la República Dominicana.

14. Servicios Electivos. Los Servicios Electivos están excluidos en los primeros cuatro (4) meses a partir de la fecha de ingreso del Asegurado. Se define como Servicios Electivos cualquier enfermedad para la cual no se requiera asistencia facultativa, tratamiento o cirugía inmediata, pudiendo ser los servicios pospuestos, sin perjuicio a la salud del Asegurado.

15. Complicaciones. No se cubrirá cualquier complicación resultante de un tratamiento médico o cirugía, relacionado con cualquier enfermedad, accidente, o condición que esté excluido en esta Póliza.

16. Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH).

17. Servicios o tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

18. Presentación de Reclamación. No serán reconocidos los gastos que soporten reclamaciones después de noventa (90) días de haberse recibido los servicios.

19. Medicamentos en Ambulatorio. No serán cubiertos:

- Sin prescripción médica y que excedan la cantidad razonable para el tratamiento;
- Que se vendan sin receta médica, aunque sean indicados por un médico; excepto si está indicado por un médico que ejerza fuera República Dominicana.
- Adquiridos dentro de la República Dominicana.
- Medicamentos adquiridos fuera de la red de Proveedores o Farmacias.

- Mediante el mecanismo de Reembolso. Salvo que los mismos sean comprados fuera de los Estados Unidos. Para lo cual, deberá cumplir con los requisitos indicados en el contrato póliza.

20. Deficiencias de los Pies. No será cubierto ningún servicio quiropráctico, podiátrico y/o Cirujano Ortopédico por cuidado de los pies relacionados, pero no limitados a: callosidades, callos, juanetes o hallux valgus, verrugas plantares, fascitis plantar, dedo en martillo, neuroma de mortón, pies planos, arcos débiles, pies débiles, aplicaciones de zapatos especiales o cualquier otra deficiencia similar. Excepto los casos de pies Equino Varo, que estarán cubiertos bajo las deficiencias y/o enfermedades congénitas y/o hereditarias.

21. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

22. Todos los gastos en general que no sean médicamente necesarios

o recomendados por un médico para la recuperación de la salud del Asegurado en las condiciones bajo la Póliza.

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

24. Tratamiento de Acupuntura, quiropráctico, homeopático, del dolor o fisiología, y/o cualquier tipo de medicina alternativa

25. Tratamientos Experimentales o para Investigación.

26. Suministro de brazos u ojos artificiales, aparatos mecánicos o electrónicos, equipos ortopédicos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores y cualquier otro equipo, aunque sean indica-dos por un médico

27. Tratamiento de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome completo relativo al SIDA (SCRS), y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

28. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de actividades y/o deportes que por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes exponen la vida del Asegurado. Además de las lesiones a consecuencia de transporte por avión cuando las naves no están registradas, ni autorizadas para el transporte de pasajeros.

29. Trasplante de órganos no detallados en las Condiciones Generales de la Póliza.

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

31. Gastos relacionados con esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o in-adequación sexual (con la excepción de que la disfunción o inadecuación sexual exista a consecuencia de una enfermedad orgánica o causada por un accidente) y en esa circunstancia el procedimiento que se cubre por este plan sería considerado como el primer procedimiento o paso hecho (de cualquier forma o como se llame), excluyendo el reemplazo del injerto de prótesis de pene. Tratamientos, aparatos y recursos con fines anticonceptivos, excluyendo también los servicios hospitalarios y médicos necesarios para la inserción, remoción y complicaciones de éstos.

32. Tratamientos de criopreservación o criogenéticas, o de implantación o re-implantación de células vivas. Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médica mente reconocido o aprobado para la condición indicada, o que sea considerado experimental, para investigación o no aprobado por las instituciones avaladas internacionalmente para estos fines.

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

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

35. Servicios médicos prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina que sean practicados por un para médico, servicios en el curso del tratamiento o estudio relativo a una condición en específico que no le compete en la práctica de la especialidad médica del proveedor.

36. Gastos incurridos por cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo pero no limitado a enfermeras en el hogar, enfermeras privadas o particulares, aunque sea dentro de un hospital o cualquier tipo de centro de salud, recuperación, terapia o cuidados; equipos a ser utilizados a domicilio; cuidados a largo plazo o cuida-do de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas. Servicios suministros y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros de tratamientos para cuidados geriátricos, hospicio, asilo, hogar de ancianos o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en la póliza, incluyendo, pero no limitado a instituciones de cuidado a largo plazo, hidroclínicas, spas, independientemente de que el médico lo haya certificado como una necesidad médica.

37. Cualquier gasto, para el tratamiento de cualquier enfermedad, que genere servicio o suministro en las siguientes condiciones:

- a. Que no sea medicamento necesario
- b. Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico.
- c. Que no sea autorizado o indicado por un médico.

- d. Que esté relacionado con el cuidado personal.
 - e. Que no es necesario el uso de las instalaciones hospitalarias, aunque se realice dentro de un hospital.
38. Tratamiento de la madre o de un recién nacido, cuyo parto no fue cubierto por este contrato.
39. Gastos, servicios o tratamientos relacionados con la obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio, sea a través de dietas, inyecciones, ejercicios, medicamentos o cirugías. Tratamientos y programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumento de comidas a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente que está en estado crítico.
40. Almacenamiento de médula ósea, células madres, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las provisiones de esta póliza y todos los gastos relacionados con la crío-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

CLÁUSULA XII.- CANCELACIÓN.

Esta Póliza podrá ser cancelada por LA COMPAÑÍA mediante notificación escrita por lo menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de terminación. Podrá igualmente ser cancelada por el Asegurado por aviso escrito a LA COMPAÑÍA por lo menos (30) días antes de la fecha efectiva de cancelación. Si la cancelación fuera hecha a petición del Asegurado, LA COMPAÑÍA devolverá al Asegurado la parte de la prima no consumida basándose en la tarifa a corto plazo de LA COMPAÑÍA.

CLÁUSULA XIII.- ARBITRAJE TÉCNICO

Si surgiere disputa entre el Asegurado y LA COMPAÑÍA para la fijación del importe de las pérdidas y daños sufridos, quedará sometida independientemente de cualquier otra cuestión, a la decisión de un árbitro designado por escrito por las partes en conflicto; pero si no pudieran concordar en la designación de un solo árbitro, se someterá a la decisión de dos árbitros, cada uno de los cuales será designado por escrito por cada parte, dentro de dos meses calendarios

después de haber sido requerida por la otra parte y éstos a su vez nombrarán por escrito un tercer árbitro en un plazo de treinta (30) días. El tercer árbitro se reunirá con los otros dos y presidirá las reuniones. La decisión arbitral será establecida por mayoría y será condición previa para tener derecho a ejercer acción en contra de LA COMPAÑÍA. La decisión arbitral deberá concluirse en un plazo no mayor de doce (12) meses a partir de su designación. En caso de muerte de cualquiera de los árbitros, se hará la sustitución siguiendo el procedimiento de designación original.

CLÁUSULA XIV.- JURISDICCIÓN

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

CLÁUSULA XV.- NOTIFICACIÓN

Cualquier comunicación entre el Asegurado y LA COMPAÑÍA deberá ser por escrito y con la constancia de acuse de recibo. Asimismo, deberá ser entregada a LA COMPAÑÍA, en su Oficina Principal localizada en la Avenida Winston Churchill No. 1100, Santo Domingo, República Dominicana y, para el Asegurado, en la dirección de su Intermediario asignado o en la indicada en el Cuadro Póliza.



**SEGUROS
UNIVERSAL®**

Para más información
segurosuniversal.com.do
809 544 7111

Actualizado: Agosto, 2023



UniversalRD



@UniversalRD



Grupo Universal



Universal_RD

APP Universal



Consíguelo en el
App Store



DISPONIBLE EN
Google Play