

## SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

Fecha de solicitud / Día / Mes / Año Póliza GMI Certificado No.

### PLANES DE SERVICIO DE SALUD

Plan: Inicio de vigencia: Forma de pago  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

GMM: GF: MA: Otro:

### DATOS DEL ASEGURADO

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido Estatura mts Peso lbs

Apellido de casada Fecha de nacimiento Edad Sexo F  M

Estado civil Nacionalidad DUI  Pasaporte  Número NIT

Dirección

Teléfono Celular Fax Correo electrónico

¿Ha suscrito algún contrato de seguro similar al que está solicitando? Sí  NO  Si la respuesta es afirmativa, indique:

Compañía Fecha de caducidad / Día / Mes / Año

### DATOS DE LOS DEPENDIENTES

1. Nombre Apellido Estatura mts Peso lbs

Sexo:  F  M Parentesco:  Cónyuge  Hijo(a) NIT Fecha de nacimiento

Nacionalidad:  Salvadoreño(a)  Otra (indique) DUI  Pasaporte  Número

2. Nombre Apellido Estatura mts Peso lbs

Sexo:  F  M Parentesco:  Cónyuge  Hijo(a) NIT Fecha de nacimiento

Nacionalidad:  Salvadoreño(a)  Otra (indique) DUI  Pasaporte  Número

3. Nombre Apellido Estatura mts Peso lbs

Sexo:  F  M Parentesco:  Cónyuge  Hijo(a) NIT Fecha de nacimiento

Nacionalidad:  Salvadoreño(a)  Otra (indique) DUI  Pasaporte  Número

4. Nombre Apellido Estatura mts Peso lbs

Sexo:  F  M Parentesco:  Cónyuge  Hijo(a) NIT Fecha de nacimiento

Nacionalidad:  Salvadoreño(a)  Otra (indique) DUI  Pasaporte  Número

### DATOS DEL CONTRATANTE (Completar solo si difiere del titular)

Nombre

NRC NIT DUI

Dirección Departamento

Teléfono Celular Fax Correo electrónico

### AUTORIZACIONES

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos y acepto que sirvan de base para la emisión del Seguro que Solicito a ASEGURADORA ABANK, S.A., SEGUROS DE PERSONAS. Autorizo a todo médico u hospital que me haya atendido en recuperación de mi salud para que suministre a ASEGURADORA ABANK, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, los informes que ésta requiera en relación con mi seguro, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros a nombre de mi persona, una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello contratante

\_\_\_\_\_  
Firma titular

\_\_\_\_\_  
Intermediario

\_\_\_\_\_  
Código

\_\_\_\_\_  
Gerente de negocios

\_\_\_\_\_  
Código

## DECLARACIÓN DE SALUD

### DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo apellido
¿Está usted (o su esposa) embarazada?    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿de cuántas semanas?

¿Usted o algún familiar padece o ha padecido de las enfermedades siguientes? (Amplíe su respuesta en la línea de la derecha)

Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	Usted	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Usted	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Usted	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Usted	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	
Enferm. de los riñones	<input type="checkbox"/>	Usted	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	
Afecciones de la próstata	<input type="checkbox"/>	Usted	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	

¿Fuma usted?    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Unidades diarias:	¿Desde hace cuánto?	Meses	Años
---	-------------------	---------------------	-------	------

¿Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos 3 meses?    Sí     NO

En caso afirmativo, especifique quién y el tipo de lesión o enfermedad:

¿Consumen usted bebidas alcohólicas?    Sí     NO     En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia las consume?    Diario     Semanal     Mensual

¿Consumen usted o ha consumido alguna vez estupefacientes?    Sí     NO     En caso afirmativo, especifique

¿Se le ha recomendado a usted o a alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento?    Sí     NO

En caso afirmativo, detalle:

1. Nombre del paciente	Nombre del médico		
Tratamiento o intervención quirúrgica	Fecha	Día	Mes / Año
2. Nombre del paciente	Nombre del médico		
Tratamiento o intervención quirúrgica	Fecha	Día	Mes / Año
3. Nombre del paciente	Nombre del médico		
Tratamiento o intervención quirúrgica	Fecha	Día	Mes / Año
4. Nombre del paciente	Nombre del médico		
Tratamiento o intervención quirúrgica	Fecha	Día	Mes / Año
5. Nombre del paciente	Nombre del médico		
Tratamiento o intervención quirúrgica	Fecha	Día	Mes / Año

Acepto expresamente que las coberturas del seguro que solicito tendrán vigencia a partir de la aceptación por escrito de ASEGURADORA ABANK, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, y certifico que las respuestas o declaraciones manifestadas en este formulario son verídicas y están completas. Reconozco y acepto que la información suministrada servirá de base para la aprobación del seguro solicitado y que la inexacta o falsa declaración de los hechos que expresamente se preguntan en el cuestionario podrán originar la pérdida de mis derechos como asegurado.

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud

## CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL

**Fecha efectiva del Seguro para la Póliza:** La Póliza contratada entrará en vigencia y empezará a producir plenos efectos para cada uno de los Asegurados, cuando se produzcan las siguientes condiciones:

- La aceptación expresa del Asegurado por parte de la Compañía.

- La fecha en la cual el Contratante efectúa el pago correspondiente a la prima.

**Fecha efectiva del Seguro para los Dependientes elegibles:** La vigencia del Seguro de los dependientes quedará sujeta a las siguientes condiciones:

- Si el Asegurado Principal inscribe uno o más dependientes en la misma fecha en que él mismo se incorpore al Seguro, la fecha efectiva del Seguro será para todos la que la Compañía indique y notifique por escrito.

- Si el Asegurado Principal inscribe a uno o más dependientes después de la fecha efectiva en que él mismo se incorporó al Seguro, la fecha efectiva del Seguro para sus dependientes será la que la Compañía indique y notifique por escrito al Asegurado.

La compañía se reserva el derecho de aceptar o no a los nuevos Asegurados, luego de evaluar la solicitud de aseguramiento y los documentos que la acompañan, conforme sus políticas internas y de explicar o no, las razones o argumentos que justifican su decisión de no aceptación. En caso de no aceptación de un Asegurado, la compañía no reembolsará al Contratante los gastos ocasionados para el análisis de aprobación para la obtención del seguro, cuando se dé el caso que el solicitante no es elegible para el seguro.

### Descripción de Cobertura:

Durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad del Asegurado, la Compañía cubrirá o reembolsará, en caso de que el plan contratado contemple reembolso, los eventos y/o procedimientos especificados en la Cláusula "Gastos Médicos Cubiertos" y en alguno de los Anexos

Particulares, sobre la base del Cuadro de Beneficios del plan contratado, el costo de los mismos hasta por la suma asegurada máxima de esta cobertura, ajustándolo previamente a las limitaciones y las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de coseguro.

**Accidente cubierto:** Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado causada directamente por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos o por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura a su favor y que no sean consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento. Las complicaciones que se deriven del accidente cubierto formarán parte de esta cobertura.

### Enfermedad cubierta:

Es toda alteración de la salud que no sea originada por un accidente o a consecuencia de éste, mientras se encuentre en vigor la cobertura y cuyo origen no sea resultado de una enfermedad anterior al ingreso del Asegurado o alguno de sus dependientes a la Póliza.

### Gastos médicos cubiertos:

La Póliza cubre los gastos Médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado o sus dependientes efectúen con motivo de enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del Seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

- Servicios de hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o sus dependientes de acuerdo al valor reflejado en el Cuadro de Beneficios.

- Honorarios de médicos y cirujanos, de su asistente y anestesista, en caso necesarios, autorizados para el ejercicio de la profesión por servicios prestados al Asegurado o sus dependientes, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica, según sea el caso, como consecuencia de enfermedad

o accidentes cubiertas en la Póliza; siempre y cuando los médicos no sean familiares del Asegurado o sus dependientes.

- Los honorarios y gastos por servicios médicos y quirúrgicos cubiertos por esta Póliza estarán sujetos a los honorarios pactados con los prestadores y en caso de que el plan contemple reembolso, hasta por los montos considerados por la Compañía como Justos, Razonables y Acostumbrados y sin exceder de los límites de la Póliza, según se indica:

- Cuando se efectúe una sola intervención se pagará según el pago que corresponda a la que haya sido efectuada, siempre sujeto a los honorarios pactados con los prestadores.

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión: se pagará según lo pactado a aquella de las intervenciones efectuadas indicada con la de mayor cantidad.

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo acto quirúrgico y en distinto campo operatorio, el pago corresponderá a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas con la mayor cantidad, la segunda intervención el pago corresponderá al 50% del valor pactado y las demás intervenciones efectuadas se pagarán en base a un 25% del valor pactado.

- Si hubiere necesidad de una nueva intervención y la misma se practica dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

- Por honorarios del anestesista en cada intervención quirúrgica, la compañía pagará el equivalente a un 35% de los honorarios pagados al cirujano.

- Por honorarios de ayudantía se reconocerá hasta el 30% del cobro del médico principal, siempre y cuando su presencia dentro de la intervención quirúrgica sea

médicamente necesaria y previamente autorizado por la Compañía.

- Para tratamiento no quirúrgico se cubrirán los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria. Quedará a criterio de la Compañía la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del caso.

- Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación; sala de pequeñas cirugías y recuperación.

- Salas de emergencia; se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 12 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad y que el mismo no puede ser tratado como consulta externa.

- No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado o sus dependientes para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.

- Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado o sus dependientes los adquiera en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas que se encuentre dentro del listado de grupos terapéuticos y cuando se acompañe de la factura legalmente aceptada, con la receta correspondiente, siempre que los valores no excedan el límite contratado en la póliza.

- Tratamientos suministrados por radiólogos y exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento relacionado con la enfermedad e indicados por el médico Tratante por sintomatología previa, tales como exámenes de rayos X, pruebas microscópicas, pruebas de laboratorio; electrocardiogramas, encefalogramas, monitoreo de Holter. El porcentaje se cubrirá de acuerdo a las coberturas del plan contratado.

- Servicio de ambulancia terrestre, debidamente autorizadas, dentro del país en que ocurra el accidente

o enfermedad, para transportar al Asegurado o sus dependientes desde el lugar donde se encuentre hacia un Hospital local, cuando este servicio sea necesario por la gravedad de la enfermedad o accidente hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares.

• Suministros de lo indicado a continuación, proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado y que forme parte de la red de prestadores de la Compañía: a) Hemoterapia (Transfusiones de sangre, plasma, sueros, otros); b) Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones; c) Material de osteosíntesis (clavos, tornillos, barras metálicas y prótesis, entre otros), aparatos de yeso, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos.

• Tratamientos de terapias especiales si fueren necesarias con rayos láser o cualquier otro equipo de similares características, Sono-Terapia, crioterapia, fotocoagulación láser de retina, terapia de inhalación; y, laparoscopia, criocirugía, de acuerdo con la prescripción del médico tratante y relacionadas con el diagnóstico siempre y cuando no sean brindadas por un familiar o resida en casa del Asegurado o sus dependientes y que resida en su misma casa de habitación. El número de terapias cubiertas serán las razonables y justificadas, quedando sujetos a evaluación de la Compañía, y cuando la Compañía lo considere necesario, se someterá a una segunda opinión médica. El costo de esta correrá a cuenta de la Compañía.

• Servicios médicos para cirugía y otra atención médica por tratamientos dentales, únicamente por causa de accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y dislocación o fractura de la mandíbula, sufridas a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente que dio origen; siempre y cuando: a) el Asegurado o sus dependientes hayan estado cubiertos por esta Póliza en la fecha de dicho accidente; b) el tratamiento del reemplazo de los dientes naturales se realiza dentro del período de la Póliza; c) el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión y que forme parte de la red de prestadores de la Compañía.

• Cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá cuando la intervención se realice a consecuencia de un accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, mientras el Asegurado o sus dependientes tengan cobertura y que se traten a más tardar dentro de los seis meses después de tal accidente. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la Compañía, que dicho tratamiento es estrictamente necesario y realizado por un cirujano autorizado para ejercer la profesión.

• La Compañía se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

• Tratamiento médico y/o quirúrgico de nariz, excepto cirugía reconstructiva o estética, salvo que la misma sea consecuencia de accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

• Prostatectomía, excepto en los casos de cáncer, sin límite de edad. La Compañía se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

• Histerectomía, excepto en los casos de cáncer sin límite de edad. La Compañía se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

• Alergias únicamente cuando se produzcan por la ingestión de alimentos, medicinas o picaduras de animales, y siempre que se trate en emergencias.

• Litotripsia por ultrasonido.

• Cura de cataratas.

• Consultas médicas para trastornos nerviosos funcionales a cargo de un psiquiatra calificado.

• Vitaminas que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad, en caso de que el plan contratado contemple el beneficio de medicina ambulatoria.

• Cura de hernias de cualquier tipo.

• Citologías, una preventiva al año y las requeridas para verificar un diagnóstico.

• Gastos por lesiones a consecuen-

cia de la práctica de deportes siempre y cuando no sean a escala profesional y no se trate de los mencionados en los riesgos excluidos.

• Circuncisiones solamente por prescripción médica, es decir, que se requiera por alguna patología, siempre que no esté asociado a un defecto congénito, salvo para la cobertura de recién nacidos.

#### **Cobertura de Gasto Médico Mayor:**

Siempre y cuando haya sido contratada esta cobertura y de acuerdo con las condiciones y montos específicos contratados, la Compañía pagará a la Prestadora de Servicios de Salud contratada los costos de las atenciones definidas como Gasto Médico Mayor que se detallan en las condiciones particulares y los anexos del presente contrato, conforme el plan contratado. Los gastos médicos cubiertos por concepto de Trasplantes incluyen los tratamientos médicos directamente relacionados con un procedimiento de trasplante cubierto bajo este contrato, así como cualquier tratamiento o procedimiento médicamente necesario, requerido por el paciente antes o después de haberse efectuado el trasplante, pero siempre que tal procedimiento o tratamiento se efectúe dentro del período de tiempo contratado. Los gastos médicos cubiertos por concepto de trasplantes no incluirán los gastos incurridos por un donante de órgano(s). Para que un caso sea considerado como Gasto Médico Mayor, debe contar con el diagnóstico positivo realizado por un médico, copias de exámenes de laboratorios, RX y cualquier otro reporte que justifique el diagnóstico. Igualmente deberá contar con la autorización previa escrita de la Compañía. Para acceder a los servicios descritos y siempre que no se trate de una preexistencia, a los asegurados se les aplicará un período de espera mínimo de tres (3) meses, a partir de la fecha de efectividad del contrato. Se exceptúa el período de espera para quemaduras graves y politraumatismo. Para Gasto Médico Mayor no aplica la continuidad de cobertura. Igualmente, la cobertura no aplica si el caso fue diagnosticado durante el período de espera.

#### **Cobertura de inmunizaciones**

(vacunas): Se cubrirán las siguientes vacunaciones hasta los 7 años

de edad, siempre y cuando estén reconocidas en el programa de vacunación y de acuerdo con los protocolos establecidos por la autoridad sanitaria del país:

- Difteria y Polio
- Meningococo
- Difteria y Tétanos
- Meningitis Hemofilus Influenza
- Hexavalente
- BCG (Tuberculina)
- Hepatitis A/ Hepatitis B
- Pentavalente
- Sarampión
- Papera
- Triple Vírica
- Varicela

#### **Cobertura de Maternidad:**

La Compañía pagará los beneficios de hospitalización hasta los límites indicados en el Plan elegido, y que se detallan en los Anexos del presente Contrato, así como los honorarios médicos por el parto y demás atenciones relacionadas con la maternidad, incluyendo el aborto exclusivamente terapéutico, no provocado y las complicaciones derivadas de los mismos, siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de tres (3) meses de la fecha de entrada en vigencia del Contrato, tendrá derecho a los servicios de atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria. La cobertura de maternidad no aplica si se tratare de una hija dependiente del Asegurado Titular.

Entre los beneficios a cubrir están:

- Habitación
- Sala de parto
- Anestesia
- Cuidados al recién nacido
- Honorarios médico quirúrgicos
- Medicamentos
- Material gastable
- Exámenes de diagnóstico (Laboratorio, Patología, Sonografía, etc.)
- Estudios especiales
- Consultas en internamiento
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Terapia respiratoria y fisioterapia
- Tiene derecho a este beneficio la Asegurada titular o cónyuge o compañera de vida del Asegurado titular.

#### **• Servicios al Recién Nacido:**

Los recién nacidos recibirán los servicios, de acuerdo a las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares del presente Contrato, correspondientes a chequeo, circuncisión y problemas congénitos, tendrán derecho a esta cobertura solamente aquellos recién nacidos

cuya madre sea elegible para la cobertura de maternidad y recibirán servicios con el carné de la madre durante el primer mes de nacido.

**Períodos de espera:** Para que los Asegurados puedan acceder a los siguientes servicios, deben esperar un período de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de entrada en vigencia para el Asegurado de que se trate o de la fecha en que haga efectivo el cambio de Plan:

- Histerectomía
- Tonsilectomía
- Herniorrafia
- Salpingectomía
- Hemorroidectomía
- Escisión de Pterigium
- Adenoidectomía
- Colpoperinorrafia
- Hidrocelectomía
- Litotricia
- Colectectomía
- Prostatectomía
- Miomectomía
- Tiroidectomía
- Circuncisión, únicamente si se trata de una condición patológica
- Quistes
- Resonancia Magnética Nuclear
- Cirugías de urología
- Cirugías Ortopédicas
- Cirugías Dermatológicas
- Hipertensión arterial y sus complicaciones
- Diabetes y sus complicaciones
- Epilepsia y sus complicaciones

• Estas coberturas aplican a los pacientes cuyo diagnóstico sea realizado por primera vez posterior a la efectividad del contrato y con el tiempo de espera indicado.

• Estos beneficios se brindarán al Asegurado previa autorización y bajo los límites establecidos en el plan elegido. No aplican para casos pre-existentes.

**Pre-Certificación:** En adición a la aprobación regular que otorga la Compañía a las Prestadoras de Servicios de Salud de su red para los servicios ofrecidos a los Asegurados, para ciertos servicios especializados, como Servicios de Cirugía y/o procedimientos ambulatorios y/o diagnósticos y/o estudios especiales será necesario obtener autorización previa, escrita y sellada de la Compañía, para lo cual la Compañía requerirá las informaciones necesarias conforme el formulario de Autori-

zación de Servicios vigente. Constitute una obligación de los Asegurados, procurar la obtención de estas autorizaciones de la Compañía.

**Exclusiones:**

• Gastos no cubiertos: Aún cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, la Póliza en ninguna forma cubre los costos de los siguientes servicios:

• Intentos de suicidios, lesiones o alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos, estando o no en el uso de sus facultades mentales.

• Exámenes o chequeos médicos generales o específicos para la comprobación del estado de salud o que se aprovechen a efectuarse como consecuencia de una consulta por determinada enfermedad o accidente; o estudios de laboratorio o gabinete y tratamientos o curas en clínicas de reposo o convalecencia, de ancianos, en balnearios o en baños termales; curas en custodia, o período de cuarentena o de aislamiento.

• Honorarios por servicios de interconsulta de médicos, excepto en los casos que sean evaluados y autorizados previamente por la Compañía. Esta exclusión no aplicará en casos de emergencias o ingresos hospitalarios, siempre y cuando el caso lo justifique.

• Tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomielesis y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción o astigmatismo, y otros similares. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto y cualquier tipo de lentes y aros.

• Servicios, materiales y tratamientos médicos y quirúrgicos que no sean científicamente reconocidos y aceptados por la ciencia médica como la quiropráctica, acupuntura, naturistas y homeopatía; o que se encuentren en experimentación, así como gastos que surjan de tratamiento o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.

• Tratamientos médicos y/o quirúr-

gicos relacionados con enfermedades o accidentes preexistentes: Es toda enfermedad, condición o afección existente o anterior a la fecha de entrada en vigencia o rehabilitación de la cobertura, haya sido declarada o no, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la vigencia o ejecución del presente contrato, que pueda ser fehacientemente comprobada por un profesional médico competente designado por la compañía, y en ese caso de desacuerdo uno independiente elegido de común acuerdo entre las partes. Para los fines del presente contrato se consideran las enfermedades, condiciones o afecciones congénitas como pre-existentes.

• Enfermedades y tratamientos dentales, alveolar, gingival, máxilo facial, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubierto por la Póliza, si los hubiere.

• Todo aparato en sustitución o en apoyo a piezas dentales, dientes postizos, coronas, incrustaciones, puentes, ortodoncia, endodoncia, y otros similares, excluyendo lo indicado en los Gastos cubiertos como consecuencia de accidente.

• Cirugía Plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético a excepción de la cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente según se regule en los Gastos Cubiertos, si lo hubiere.

• Tratamiento de alcoholismo, tabaquismo, adicción a drogas o toxicomanía.

• Los tratamientos médicos o quirúrgicos para la fecundación in vitro (inseminación artificial); la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.

• Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie, obesidad, bajo peso, acné en cualquiera de sus manifestaciones.

• En ningún caso se cubrirán gastos por: a) Tratamiento de cualquier autoterapia, incluyendo auto prescripción de medicinas; b) Medicinas de venta popular; c) Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no

sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia; d) Toda condición médica específicamente excluida por medio del presente contrato, endoso o enmienda; e) Cualquier gasto en exceso de las cantidades razonables y de costumbre para el servicio en particular o suministro; f) Gastos por persona acompañante de un Asegurado o sus dependientes mientras se encuentre hospitalizado.

• Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas, medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública, y pruebas de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches, alimentos especiales para prevenir alergias. Tratamiento para enfermedades inmunológicas, y servicios médicos relacionados con la inmunoprevención, inmunoterapia, autovacunas, así como pruebas de alergias o evaluación del sistema inmunitario y otras relacionadas con alergias.

• Cualquier tratamiento o sus consecuencias, así como consultas derivados de los síntomas menopáusicos y andropáusicos.

• En los casos en que la Póliza contemplara la cobertura de reembolso de gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos fuera del área Centroamericana, y que ocurran durante los primeros cuatro meses de la vigencia de la Póliza quedarán excluidos, salvo que sean consecuencia de accidente y no existieren en el país medios de cualquier índole para su tratamiento.

• Servicios de internamiento, tratamientos médicos o quirúrgicos, servicios ambulatorios o emergencias para cualquier padecimiento de origen psiquiátrico o psicológico, psicomotores, de lenguaje, o de aprendizaje, enfermedades del sueño, curas de reposo o similares, roncopatías y uvulopalatoplastias, trastornos mentales, trastornos de conducta, del lenguaje, del aprendizaje, cualesquiera sean sus manifestaciones, síntomas o consecuencias, así como tratamientos de cualquier tipo para adicción a drogas o alcoholismo y las

enfermedades o accidentes producidos bajo el efecto de bebidas embriagantes o estupefacientes.

- Tratamientos relacionados con el crecimiento, independientemente de las razones por las cuales hayan sido prescritos.

- Tratamientos podiátricos, cuidado de los pies relacionados con callos, pie plano, arcos débiles, pies débiles o cualquier otra dolencia de los pies, cuidados de las uñas. Plantillas y/o los soportes.

- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.

- Honorarios médicos por visitas a domicilio no justificadas.

- Gastos por atención de emergencia hospitalaria que puede ser tratada como consulta externa.

- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.

- Gastos por enfermedades o condiciones congénitas, excepto de los niños nacidos durante la vigencia de la Póliza siempre y cuando el parto o cesárea haya sido cubierto por la misma. Solamente se cubrirá el primer mes, por el límite establecido en el plan contratado.

- Gastos por tratamiento de SIDA.

- Chequeos médicos de carácter preventivo y aquellos exámenes y/u hospitalización para chequeos ejecutivos o para certificados médicos, hospitalización para cirugías o tratamientos que puedan realizarse en forma ambulatoria.

- Venorrafia por venas varicosas o safenectomía, salvo que haya producido alguna infección o ulceración.

- Llamadas de larga distancia, a teléfonos celulares, comidas extras, elementos de uso personal, toallas higiénicas, pañales, jabones, biberones, servicio de cafetería y demás servicios no amparados expresamente en internamiento.

- Servicios de internamiento, consultas o emergencia por enfermedades tales como: lepra, tuberculosis, viruela, cólera, etc., así como sus complicaciones y enfermedades contagiosas que requieran aislamiento por su carácter epidémico.

Tratamiento de quimioterapia, radioterapia, radiocirugía o procedimiento quirúrgico por cáncer, diálisis o hemodiálisis por insuficiencia renal y trasplante de órganos, salvo que haya sido contratada la cobertura de gasto médico mayor.

- **Gastos excluidos:** Quedan excluidos de este Contrato y en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causados por o derivados de:

- Insurrección, invasión de guerra declarada o no, o guerra interna.

- Revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar.

- Suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.

- Epidemias declaradas por la autoridad competente.

- Servicio militar, autolesiones y tentativas de suicidio; delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.

- Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo que sean organizadas por clubes o asociaciones autorizadas.

- Participación del asegurado en carreras o muestras de velocidad, en cualquier tipo de vehículo, que no sean aprobadas previamente por la Policía Nacional Civil (PNC).

- Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participe o tome parte en eventos peligrosos, sean deportivos o no, profesionales o aficionados.

- Por eventos o actividades peligrosas se entenderán, en cualquiera de sus formas, las siguientes: paracaidismo, buceo, esquí de cualquier tipo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha, cacería, tiro, taumomaquia, equitación, esgrima, alpinismo,

espeleología y otros que arriesguen la salud o vida de los Asegurados.

- Aviación privada o militar en calidad de tripulante, pasajero o mecánico fuera de las líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.

- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado o sus dependientes.

**Omisiones a Declaraciones inexactas:** El Asegurado Principal y sus dependientes están obligados a declarar a la Compañía de acuerdo con los cuestionarios que ésta le proporcione, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

El dolo o culpa grave en las declaraciones, facultará a la Compañía para pedir la rescisión del Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del Seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave.

Si el Asegurado hubiere cometido inexactitud u omisión, sin dolo o culpa grave de su parte, estará obligado a hacerlo del conocimiento de La Compañía, tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Asegurado o sus dependientes de la inexactitud, la cobertura se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuera asegurable, el asegurador tendrá derecho para rescindir el Contrato.

**Reclamaciones por Reembolso:** El Asegurado, cuyo Plan contemple el pago por reembolsos deberá efectuar su reclamación dentro de los sesenta (60) días de recibidos los Servicios, presentando a su costo y satisfacción de la Compañía, a través de los formularios suministrados por la Compañía, debidamente completados, acompañados de los soportes de pago y las facturas médicas, clínicas y hospitalarias en originales con conceptos desglosados, y

de los resultados, de los exámenes de diagnóstico, laboratorios y Rayos X, historias clínicas, resultados de anatomías patológicas, las facturas con sus correspondientes recetas; así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado y demás documentos que le sean requeridos en los formularios por la Compañía. Los originales de los comprobantes de los gastos incurridos deberán contener los requerimientos fiscales exigidos por la ley.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente a de examinar directamente al Asegurado y comprobar cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o de los Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Los comprobantes de gastos deberán ser facturados a nombre del Asegurado, indicando el nombre de la persona que ha recibido los servicios médicos. En caso de que se haya contratado la cobertura de medicina ambulatoria y el plan contemple el pago por reembolso, las facturas de los medicamentos deberán ser emitidas a nombre del Asegurado y deberá detallar los medicamentos adquiridos, a los fines de verificar si procede la cobertura de cada uno de ellos.

La Compañía reconocerá las reclamaciones por reembolsos justas y razonables, hasta las coberturas máximas, previstas en el presente Contrato.

La Compañía únicamente reembolsará los servicios prestados por Prestadores de Servicios de Salud no Contratados en los Planes que expresamente así lo contemplen. En ningún caso la Compañía reembolsará servicios prestados por Prestadoras de Servicios de Salud contratadas por la Compañía.

Todas las reclamaciones serán pagadas al Asegurado Principal o Contratante de la Póliza.