



CONDICIONADO SALUD INTERNACIONAL

Cobertura Mundial

**TRÉBOL SALUD GLOBAL Y
TRÉBOL SALUD GLOBAL EXCLUSIVE**

 Mapfre Paraguay  @mapfre.paraguay

 Avenida Mariscal López 930 e/ Gral. Aquino
y Gral. José María Bruguéz

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

1. OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, LA ASEGURADORA se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro, a cubrir la prestación del servicio de salud amparado por los beneficios de este seguro y que no estén considerados como “Exclusiones y Limitaciones”, en caso de enfermedad y/o accidente del ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza.

La prestación de LA ASEGURADORA consiste en garantizar al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES los servicios de asistencia médica dentro y fuera del Paraguay, en los países donde el plan elegido brinde cobertura, dentro de la red de prestadores de la ASEGURADORA, hasta los límites contratados especificados en la TABLA DE BENEFICIOS considerando, según sea el caso, la aplicación de los DEDUCIBLES y COASEGUROS según lo establecido en las demás Condiciones de la Póliza.

En las demás Condiciones de la Póliza se fijará la cobertura geográfica, el tipo de prestación, los beneficios, los periodos de espera que resulten aplicables, las exclusiones, la prima y su forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por LA ASEGURADORA.

El TOMADOR se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalada en las CONDICIONES PARTICULARES.

2. COBERTURAS

Se incluye a la presente como ANEXOS I Y II

3. SUMAS MÁXIMAS ASEGURADAS Y ESPECIFICACIÓN DE LÍMITES GLOBALES

La ASEGURADORA pagará los servicios de salud cubiertos hasta el límite de las sumas aseguradas que se incluyen como ANEXOS I Y II.

4. DEDUCIBLES

Se incluye a la presente como CLAUSULAS ADICIONALES (A, B, C, D Y E)

5. DE LA INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS TITULARES Y DEPENDIENTES (CLAUSULA A SER INCORPORADA SOLO EN CASOS DE SEGUROS COLECTIVOS)

El TOMADOR proporcionará a la Compañía la nómina completa de los ASEGURADOS PRINCIPALES y sus DEPENDIENTES. Los datos serán remitidos por el TOMADOR a través de las Solicitudes Individuales de Incorporación al seguro llenadas por cada Grupo Familiar, acompañando las declaraciones de salud de cada ASEGURADO PRINCIPAL y sus DEPENDIENTES.

ANEXO I – TABLA DE BENEFICIOS Y SUMAS ASEGURADAS MÁXIMAS: OPCIÓN 1

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios en los que incurra EL ASEGURADO o sus DEPENDIENTES durante la vigencia de la póliza está sujeta a los TÉRMINOS Y CONDICIONES de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por ASEGURADO por año póliza. Este es un resumen de los beneficios.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

	OPCIÓN 1
Suma Máxima Asegurada.	USD 7.000.000.00
Coaseguro.	N/A
Cobertura en el Paraguay y en el extranjero.	
BENEFICIOS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO	OPCIÓN 1
Cirugía Ambulatoria.	100%
Visitas a médicos y especialistas.	100%
Medicamentos por receta:	
• Después de hospitalización o cirugía ambulatoria (Max. 6 meses).	100%
• Ambulatorio o sin hospitalización.	100% (Max 30 días)
Procedimiento de diagnóstico.	100%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (requiere pre-autorización).	100% (autorización por c/ 30 días)
Atención médica en el hogar (por día, requiere pre-autorización).	100%
Reconocimiento médico de rutina (Periodo de carencia 10 meses, no aplica deducible ni coaseguro).	100% Hasta USD 400.00
Vacuna (medicamente requeridas, no aplica deducible).	80% Hasta USD 800.00
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Solo Opción A- Cobertura Mundial (No aplica deducible ni coaseguro).	100% Copago USD 5.000

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN	OPCIÓN 1
Servicios hospitalarios: habitación estándar y unidad de cuidados intensivos (UCI) y alimentación (requiere pre-autorización)	100%
Honorarios médicos y de enfermería (requiere pre-autorización)	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización (requiere pre-autorización)	100%
Procedimientos de diagnóstico (requiere pre-autorización)	100%
Salud Mental en Hospitalización (por una condición cubierta, requiere pre-autorización)	100% Hasta 90 visitas de por vida
Cirugía bariátrica (Período de espera de 24 meses, requiere pre-autorización)	100% Hasta USD 15.000.00 de por vida
Cama para acompañante de asegurado hospitalizado, por día (requiere pre-autorización)	100% Hasta USD 300.00

BENEFICIOS POR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	OPCIÓN 1
Emergencia Accidental Ambulatoria y/o Hospitalaria (Requiere notificación. No aplica deducible anual para atenciones notificadas)	100%
Emergencia Médica Ambulatoria y/o Hospitalaria (requiere notificación)	100%
Tratamiento Dental de Emergencia (requiere notificación)	100%
Ambulancia aérea (requiere pre-autorización)	100% Hasta USD 100.000.00
Ambulancia terrestre (requiere pre-autorización)	100%
Viaje de regreso (al lugar de donde el Asegurado fue evacuado, requiere pre-autorización)	100%
Repatriación de restos mortales (requiere pre-autorización)	100%
BENEFICIOS POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS	OPCIÓN 1
Diagnosticadas antes de los 18 años (máximo de por vida. Requiere pre-autorización)	100% Hasta USD 300.000.00
Diagnosticas a los 18 años o después (Requiere pre-autorización)	100%

OTROS BENEFICIOS	OPCIÓN 1
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/cirugía preventiva, requiere pre-autorización)	100%
Insuficiencia renal (diálisis, requiere pre-autorización)	100%
Procedimientos de trasplante (de por vida, requiere pre-autorización) Se cubre los siguientes Trasplantes: córnea, intestino delgado, riñón, páncreas, hígado, corazón, pulmón, médula ósea.	100% Hasta USD 1.000.000.00
Tratamientos especiales y Medicamentos de alto costo (de por vida, requiere pre-autorización)	100% Hasta USD 500.000.00
VIH/SIDA (Período de espera de 12 meses, de por vida, solamente como resultado de un accidente relacionado con el trabajo o por transfusión de sangre. Requiere pre-autorización)	100%
Circuncisión en el hospital (dentro de los primeros 2 años, no aplica deducible)	100% Hasta USD 1.000.00
Vasectomía (no aplica deducible)	100% Hasta USD 600.00
Cobertura de actividades y deportes peligrosos (Requiere pre-autorización)	100% (amateru o profesional)
Segunda opinión quirúrgica requerida (requiere pre-autorización)	100%
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal	2 años

- El deducible agregado anual por asegurado aplica para todas las coberturas, salvo que se especifique lo contrario.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, y todos los reembolsos son procesados de acuerdo con las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables (UCR).
- Las atenciones no preaprobadas tendrán un coaseguro adicional del 30%
- Las atenciones se brindarán una vez cubierto el deducible agregado anual por parte del Asegurado. Las coberturas están sujetas a un periodo de espera de 30 días, salvo las atenciones por emergencia por accidente.

ANEXO II - TABLA DE BENEFICIOS Y SUMAS ASEGURADAS MÁXIMAS: OPCIÓN 2

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios en los que incurra EL ASEGURADO o sus DEPENDIENTES durante la vigencia de la póliza está sujeta a los TÉRMINOS Y CONDICIONES de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por ASEGURADO por año póliza. Este es un resumen de los beneficios.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

	OPCIÓN 2
Suma Máxima Asegurada	USD 4.000.000.00
Coaseguro para gastos en el extranjero	20% (Desembolso máximo USD 10.000.00)
BENEFICIOS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO	OPCIÓN 2
Cirugía Ambulatoria (requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Visitas a médicos y especialistas	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Medicamentos por receta	
• Después de hospitalización o cirugía ambulatoria	Máximo 6 meses
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
• Ambulatorio o sin hospitalización	Hasta USD 10.000.00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Procedimiento de diagnóstico	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

Fisioterapia y servicios de rehabilitación (requiere pre-autorización)	Hasta 40 sesiones
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Atención médica en el hogar (por día, requiere pre-autorización)	Hasta USD 200.00 por día máximo 60 días
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Reconocimiento médico de rutina (Periodo de carencia 10 meses, no aplica deducible ni coaseguro)	100% Hasta USD 200.00
Vacuna (medicamento requeridas, no aplica deducible)	80% Hasta USD 150.00
Centros de Atención de Urgencias y Clínicas de Conveniencia en EE. UU. Solo Opción A- Cobertura Mundial (No aplica deducible ni coaseguro)	100% Copago USD 50.00

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	OPCIÓN 2
Servicios hospitalarios: habitación estándar y unidad de cuidados intensivos (UCI) y alimentación (requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Honorarios médicos y de enfermería (requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Medicamentos por receta durante la hospitalización (requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Procedimientos de diagnóstico (requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Salud Mental en Hospitalización (por una condición cubierta, requiere pre-autorización)	Hasta 40 visitas de por vida
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Cirugía bariátrica (Periodo de espera de 24 meses, requiere pre-autorización)	Hasta USD 5.000,00 de por vida

En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Cama para acompañante de asegurado hospitalizado, por día (requiere pre-autorización)	Hasta USD 150,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

BENEFICIOS POR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	OPCIÓN 2
Emergencia Accidental Ambulatoria y/o Hospitalaria (Requiere notificación. No aplica deducible anual para atenciones notificadas)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Emergencia Médica Ambulatoria y/o Hospitalaria (requiere notificación)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Tratamiento Dental de Emergencia (requiere notificación)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Ambulancia aérea (requiere pre-autorización)	Hasta USD 25.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Ambulancia terrestre (requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Viaje de regreso (al lugar de donde el Asegurado fue evacuado, requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Repatriación de restos mortales (requiere pre-autorización)	Hasta USD 5.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

BENEFICIOS POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS	OPCIÓN 2
Diagnosticadas antes de los 18 años (máximo de por vida, Requiere pre-autorización)	Hasta USD 100.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Diagnosticas a los 18 años o después (Requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

OTROS BENEFICIOS	OPCIÓN 2
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia/cirugía preventiva, requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Insuficiencia renal (diálisis, requiere pre-autorización)	
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Procedimientos de trasplante (de por vida, requiere pre-autorización) Se cubre los siguientes Trasplantes: córnea, intestino delgado, riñón, páncreas, hígado, corazón, pulmón, médula ósea	Hasta USD 300.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Tratamientos especiales y Medicamentos de alto costo (de por vida, requiere pre-autorización)	Hasta USD 200.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Circuncisión en el hospital (dentro de los primeros 2 años, no aplica deducible)	Hasta USD 500,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Cobertura de actividades y deportes peligrosos (Requiere pre-autorización)	Solo Amateur
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

Segunda opinión quirúrgica requerida (requiere pre-autorización)	100%
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado principal	2 años

- El deducible agregado anual por asegurado aplica para todas las coberturas, salvo que se especifi que lo contrario.
- Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, y todos los reembolsos son procesados de acuerdo con las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables (UCR).
- Las atenciones no preaprobadas tendrán un coaseguro adicional del 30%
- Las atenciones se brindarán una vez cubierto el deducible agregado anual por parte del Asegurado.
- Las coberturas están sujetas a un periodo de espera de 30 días, salvo las atenciones por emergencia por accidente.

CLAUSULA ADICIONAL - A **OPCIÓN 1. DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL USD 2.500,00**

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Cláusulas Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. COBERTURA

La presente CLAUSULA contempla la asignación de un DEDUCIBLE global anual por ASEGURADO de USD 2.500,00 que debe ser cubierto en su totalidad antes de que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS de las CONDICIONES PARTICULARES. Todos los beneficios están sujetos a la aplicación de este DEDUCIBLE, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

2. COBERTURA ADICIONAL

La presente CLAUSULA contempla la cobertura adicional por maternidad según lo estipulado en la CLAUSULA 20, numeral 20.4 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza. La TABLA DE BENEFICIOS es la que se detalla a continuación:

BENEFICIOS POR MATERNIDAD (periodo de espera 10 meses)	OPCIÓN 2
Cobertura en el Paraguay y en el extranjero	
Embarazo, maternidad y parto (Periodo de espera de 10 meses, no aplica deducible)	100% Hasta USD 7.000,00
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto cubierto, no aplica deducible)	100% Hasta USD 30.000,00
Complicaciones del embarazo y parto (máximo de por vida por embarazo cubierto, no aplica deducible)	USD 250.000,00

Preservación de células madre del cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto, no aplica deducible)	100% Hasta USD 1.000,00
Ligadura de Trompas al momento de parto (por embarazo cubierto, no aplica deducible)	100% Hasta USD 1.000,00

3. EXCLUSIONES

Las indicadas en la CLAUSULA 21 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza

CLAUSULA ADICIONAL - B OPCIÓN 2 - DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL USD 2.500,00

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Cláusulas Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. COBERTURA

La presente CLAUSULA contempla la asignación de un DEDUCIBLE global anual por ASEGURADO de USD 2.500,00 que debe ser cubierto en su totalidad antes de que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS de las CONDICIONES PARTICULARES. Todos los beneficios están sujetos a la aplicación de este DEDUCIBLE, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

2. COBERTURA ADICIONAL

La presente CLAUSULA contempla la cobertura adicional por maternidad según lo estipulado en la CLAUSULA 20, numeral 20.4 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza. La TABLA DE BENEFICIOS es la que se detalla a continuación:

BENEFICIOS POR MATERNIDAD (periodo de espera 10 meses)	OPCIÓN 2
Embarazo, maternidad y parto (Periodo de espera de 10 meses, no aplica deducible)	Hasta USD 5.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Cobertura provisional del recién nacido (por un máximo de 90 días después del parto cubierto, no aplica deducible)	Hasta USD 10.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%
Complicaciones del embarazo y parto (máximo de por vida por embarazo cubierto, no aplica deducible)	Hasta USD 125.000,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

Preservación de células madre del cordón umbilical (máximo de por vida por embarazo cubierto, no aplica deducible)	Hasta USD 500,00
En el Paraguay	100%
En el Extranjero	80%

3. EXCLUSIONES

Las indicadas en la CLAUSULA 21 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza

CLAUSULA ADICIONAL - C DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL USD 5.000,00

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Cláusulas Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. COBERTURA

La presente CLAUSULA contempla la asignación de un DEDUCIBLE global anual por ASEGURADO de USD 5.000,00 para atenciones dentro y fuera del país de residencia que debe ser cubierto en su totalidad antes de que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS de las CONDICIONES PARTICULARES. Todos los beneficios están sujetos a la aplicación de este DEDUCIBLE, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

2. EXCLUSIONES

Las indicadas en la CLAUSULA 21 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza

CLAUSULA ADICIONAL - D DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL USD 10.000,00

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Cláusulas Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

3. COBERTURA

La presente CLAUSULA contempla la asignación de un DEDUCIBLE global anual por ASEGURADO de USD 10.000,00 para atenciones dentro y fuera del país de residencia que debe ser cubierto en su totalidad antes de que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS de las CONDICIONES PARTICULARES. Todos los beneficios están sujetos a la aplicación de este DEDUCIBLE, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

4. EXCLUSIONES

Las indicadas en la CLAUSULA 21 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza

CLAUSULA ADICIONAL - E **DEDUCIBLE AGREGADO ANUAL USD 20.000,00**

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Cláusulas Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

5. COBERTURA

La presente CLAUSULA contempla la asignación de un DEDUCIBLE global anual por ASEGURADO de USD 20.000,00 para atenciones dentro y fuera del país de residencia que debe ser cubierto en su totalidad antes de que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS de las CONDICIONES PARTICULARES. Todos los beneficios están sujetos a la aplicación de este DEDUCIBLE, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

6. EXCLUSIONES

Las indicadas en la CLAUSULA 21 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza

CLAUSULA ADICIONAL - F **COBERTURA GEOGRÁFICA- LATINOAMERICA**

Salvo se estipule expresamente lo contrario, las Cláusulas Adicionales se rigen por las Cláusulas Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.

Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. COBERTURA

La presente CLAUSULA Adicional contempla la cobertura de los beneficios establecidos en la CLAUSULA 20 de las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Particulares del Seguro Principal en la región de Latinoamérica y el Caribe.

Adicionalmente, se contempla la cobertura en España en los Hospitales y Centros Médicos propios de Sanitas. Asimismo, la presente CLAUSULA Adicional se rige por lo estipulado en la CLAUSULA 26 de las Condiciones Particulares Específicas.

2. RED DE PROVEEDORES

Las redes de proveedores establecidas para la cobertura de la presente CLAUSULA Adicional son las siguientes:

Red de Proveedores	
Estados Unidos de América	Red de Proveedores Preferentes
Latinoamérica y el Caribe	Red Abierta o Red Bupa Global Latinoamérica (Libre elección de proveedores, reembolsos aplican según tarifas usuales, acostumbradas y razonables-UCR)
Resto del Mundo	Red Bupa Global

El detalle de la información sobre la red de proveedores se encuentra disponible ingresando a la página web de la ASEGURADORA en <https://www.mapfre.com.py/>.

3. EXCLUSIONES

Las indicadas en la CLAUSULA 21 de las Condiciones Particulares Específicas de la póliza

CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

CLAÚSULA 1. CONTRATO COMPLETO E IDIOMA

Las Condiciones Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas y Condiciones Particulares, las Propuesta y/o Solicitudes de Suscripción de Seguros presentadas por el TOMADOR, las Declaraciones de Salud, los Endosos, Anexos y los Certificados Individuales de cobertura que se expidan a los ASEGURADOS, constituyen el contrato completo celebrado entre LA ASEGURADORA y el TOMADOR. Todos los documentos citados más arriba serán descritos en idioma ESPAÑOL.

CLAÚSULA 2. OBJETO DEL SEGURO

En virtud del presente contrato, LA ASEGURADORA se obliga, dentro de los límites establecidos en el contrato de seguro, a cubrir la prestación del servicio de salud amparado por los beneficios de este seguro y que no estén considerados como “Exclusiones y Limitaciones”, en caso de enfermedad y/o accidente del ASEGURADO y/o sus DEPENDIENTES inscritos en la Póliza.

La prestación de LA ASEGURADORA consiste en garantizar al ASEGURADO y sus DEPENDIENTES los servicios de asistencia médica dentro y fuera del Paraguay, en los países donde el plan elegido brinde cobertura, dentro de la red de prestadores de la ASEGURADORA o mediante reembolso de gastos, si aplica, hasta los límites contratados especificados en la TABLA DE BENEFICIOS considerando, según sea el caso, la aplicación de los DEDUCIBLES y COASEGUROS según lo establecido en las demás Condiciones de la Póliza.

En las demás Condiciones de la Póliza se fijará la cobertura geográfica, el tipo de prestación, los beneficios, los periodos de espera que resulten aplicables, las exclusiones, la prima y su forma de pago, y en general los límites y condiciones de las coberturas ofrecidas por LA ASEGURADORA.

El TOMADOR se obliga al pago de la prima en los plazos y forma señalada en las CONDICIONES PARTICULARES.

CLAÚSULA 3. MEDIDA DE LA PRESTACIÓN

LA ASEGURADORA, a través de su Administrador de Servicio, se obliga a contratar con terceros los servicios de atención médica y hospitalaria y ponerlos a disposición del ASEGURADO, para que sean prestados en las regiones establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza, conforme los términos establecidos en el presente contrato, para que éste los utilice cuando sea medicamente necesario en casos de enfermedad, accidente o deterioro de su salud.

La Suma Asegurada establecida en la póliza constituye el límite de concurrencia de pago que la ASEGURADORA puede realizar por el ASEGURADO por una o toda prestación médica durante la vigencia de la póliza.

Toda prestación médica que exceda la Suma Asegurada estará a cargo del ASEGURADO, salvo pacto en contrario

La ASEGURADORA responde sólo hasta el monto de la suma asegurada, salvo estipulación contraria. (Art. 1600 C. Civil).

Cuando se aseguren diferentes prestaciones de salud conforme al tipo de dolencia y ellas a su vez cuenten con sublímites específicos, se aplicarán las disposiciones precedentes a cada sublímite independientemente conforme a la TABLA DE BENEFICIOS de su póliza.

Cuando la prestación del servicio de salud dada por LA ASEGURADORA no extinga la suma asegurada máxima, LA ASEGURADORA solo responderá en el futuro por el remanente de la suma asegurada, con sujeción a las reglas que anteceden (Artículo 1594 C.C.)

CLAÚSULA 4. FORMAS DE COPARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO

4.1. DEDUCIBLE

Todos los ASEGURADOS bajo la póliza, cuando requieran utilizar los servicios médicos establecidos en la presente póliza, están sujetos al pago de un DEDUCIBLE dentro y fuera del país de residencia, por cada año póliza, según el plan seleccionado por el TOMADOR o EL ASEGURADO PRINCIPAL. Cuando corresponda, la cantidad del DEDUCIBLE pertinente es aplicada por ASEGURADO, por año póliza, antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al ASEGURADO.

En caso de un accidente grave que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún DEDUCIBLE por el período de la primera hospitalización únicamente. El DEDUCIBLE correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

Para acceder al beneficio de exoneración de DEDUCIBLE detallado en el apartado anterior, el ASEGURADO, o un representante de este, debe notificar el accidente a LA ASEGURADORA en el curso de los primeros diez (10) días de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del DEDUCIBLE si el ASEGURADO no notifica como se establece previamente.

4.2. COPAGO

El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo ASEGURADO debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios para recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios. Los beneficios que incluyen un COPAGO se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

4.3. COASEGURO

Es el porcentaje de los GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS que el ASEGURADO debe pagar, después de satisfacer/cubrir el DEDUCIBLE, por los beneficios indicados en la TABLA DE BENEFICIOS y teniendo en consideración los límites de beneficios.

4.4. COASEGURO MÁXIMO

El COASEGURO máximo es la suma total de dinero por concepto de COASEGURO que el ASEGURADO debe pagar anualmente, además del DEDUCIBLE, antes de que la ASEGURADORA pueda pagar los beneficios al 100%. El COASEGURO máximo se alcanza cuando el ASEGURADO ha pagado a el/los prestadores/es de servicio el DEDUCIBLE y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de COASEGURO que se indica en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza.

CLAÚSULA 5. DEFINICIONES

Las definiciones de este apartado se encuentran ordenadas alfabéticamente

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y/o violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.

ACCIDENTE GRAVE: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una lesión corporal demostrable que requiere una hospitalización inmediata de veinticuatro (24) horas o durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Se consideran deportes peligrosos los siguientes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', MMA (artes marciales mixtas), esgrima, rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting'; a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapezio, equilibrista; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard', así como cualquier relación a deportes aéreos, con armas, con motor, de contacto, de gimnasio, de invierno, de riesgo, ecuestres, náuticos, montañismo o escalada de cerros (aventura) y cualquier otro deporte o actividad no nombrado que presente un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital.

ANEXO: Documento añadido a la póliza por la aseguradora, que agrega y detalla una cobertura opcional.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ALMACENAMIENTO DE CÉLULAS MADRE: Proceso que recolecta de la sangre del cordón umbilical del recién nacido y la placenta de la madre las células necesarias para ser almacenadas y usadas para futuras terapias que ayudan a la prevención de futuras enfermedades.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la ASEGURADORA. El término "ASEGURADO" incluye al ASEGURADO PRINCIPAL y a todos los DEPENDIENTES cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL: Persona natural, residente permanente del Paraguay, con una edad mínima de dieciocho (18) años y que no hayan cumplido los sesenta y nueve (69) años al momento de su inscripción; que, perteneciendo al grupo asegurado, es elegible para la cobertura otorgada por la póliza y no es catalogado como DEPENDIENTE.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA: Es el límite máximo de indemnización que se otorga a cada ASEGURADO, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza por el periodo de un año de vigencia de la Póliza. Al renovarse el Plan de Beneficios se rehabilitará el beneficio máximo anual.

BLOQUE: Los ASEGURADOS de un tipo de póliza (por territorio o país, tipo de producto individual o grupo corporativo, por cantidad de deducible).

CERTIFICADO DE COBERTURA: Documento de la póliza que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera al asegurado principal y cada dependiente cubierto bajo la póliza.

CLASE: Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo, pero no limitado a beneficios, deducibles, grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.

CENTRO DE TRASPLANTE: Significa una institución, la cual:

- Tiene la licencia respectiva y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
- Está especialmente equipada para efectuar trasplantes y es reconocida y aceptada como centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional.
- Se ocupa en primer término y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de trasplante y atención médica en unidades de cuidado intensivo.
- Proporciona en forma continua servicios de enfermería veinticuatro (24) horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y
- Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplantes de médula ósea.
- La red de proveedores para procedimientos de trasplantes comprende un grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de la ASEGURADORA con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al ASEGURADO. La lista de hospitales y médicos dentro de la red de proveedores para procedimientos de trasplante está disponible en el sitio web de la ASEGURADORA.

CIRCUNCISIÓN: Es una cirugía para quitar el prepucio, la piel que cubre el glande del pene que a menudo se hace antes de que el bebé recién nacido salga del hospital.

COMITÉ DE APELACIONES: Comité integrado por empleados de la ASEGURADORA y/o Administrador de servicio, encargados de evaluar solicitudes remitidas por los ASEGURADOS referentes a la no conformidad, por parte del ASEGURADO, sobre la resolución de un siniestro y/o el pago del mismo.

COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A): Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el asegurado principal ha establecido una relación de vida doméstica.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias). Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a: hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un plan a otro dentro de la misma compañía. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del ASEGURADO no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Si el plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la TABLA DE BENEFICIOS. El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

CONTRATANTE O TOMADOR: Persona natural o jurídica que toma el seguro y se obliga al pago de la prima. En el caso de un seguro individual puede además tener la calidad de ASEGURADO. El TOMADOR es el único que puede solicitar enmiendas a la póliza.

CÓNYUGE: Significa la persona con la cual el ASEGURADO PRINCIPAL ha celebrado contrato de matrimonio.

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL: Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa repentina e imprevista.

DEDUCIBLE: El DEDUCIBLE individual es la cantidad de los beneficios cubiertos que debe ser pagada por el ASEGURADO antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario.

DEPENDIENTE: son aquellos que han sido identificados en la solicitud de seguro de salud por EL TITULAR y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.

DEPORTE PROFESIONAL O POR COMPENSACIÓN: El deporte profesional o por compensación es una práctica deportiva voluntaria que realizan los deportistas, ya sea por cuenta propia o dentro de la organización o dirección de un club, liga, entidad deportiva o similar, mediante una relación establecida de carácter regular y recibiendo o con la intención de recibir a cambio, una retribución derivada de esta práctica deportiva en forma de salario, patrocinio u otro tipo de financiamiento o retribución, e incluyendo los respectivos entrenamientos aun cuando no se reciba compensación por ello.

DIÁLISIS: procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.

DONANTE: Significa la persona viva o fallecida que cede uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor), o para ser recibido por un centro de trasplante.

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la póliza proporciona beneficios de embarazo y para los cuales la fecha del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia inicial de la cobertura para la respectiva asegurada. Este período de espera de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el período de espera de treinta (30) días para cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.

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

EMERGENCIA ACCIDENTAL: Toda lesión corporal producida por un accidente y que de no recibir atención médica o quirúrgica en menos de veinticuatro (24) horas compromete seriamente la vida o deja secuelas irreversibles en la persona.

EMERGENCIA MÉDICA: Significa un mal funcionamiento o trastorno de un órgano del cuerpo o parte de un órgano, o de alguna de las funciones vitales de una persona, que es causado por el repentino e imprevisto agravamiento de un síntoma o una enfermedad, de naturaleza tan severa o crítica que requiera la inmediata administración de tratamiento médico en un Hospital a una Persona Asegurada, aún sin que se haya obtenido la orden o prescripción de un Médico autorizando dicha hospitalización. Entre los ejemplos de serios trastornos y mal funcionamiento de órganos o de funciones vitales se encuentran, pero sin estar limitado a: envenenamiento, ataques cardíacos, apoplejía, pérdida de la conciencia, de la respiración y convulsiones. Se considera que una emergencia médica ha finalizado cuando, como resultado del tratamiento, servicio o prescripción médica, los síntomas y/o la causa física que la causó dejan de constituir un serio trastorno o mal funcionamiento de un órgano o de una función vital de una persona, y la condición física del paciente se ha estabilizado.

ENFERMEDAD: Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas

aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

ENDOSO: un documento añadido a la póliza por LA ASEGURADORA, que forma parte de la misma y que es emitido durante la vigencia de la póliza para modificar las Condiciones Generales Comunes, las Condiciones Particulares Específicas o las Condiciones Particulares de la póliza, ya sea para ampliar o restringir la cobertura, asegurar un nuevo riesgo, o para cualquier alteración del objeto del seguro.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América y/o en cada país donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

EVENTO: Se entiende por evento, toda enfermedad amparada por la póliza desde la fecha de su ocurrencia hasta el alta definitiva otorgada por el médico tratante o el fallecimiento del asegurado.

EXPERIMENTAL: Significa que un tratamiento, procedimiento, medicina, dispositivo médico, tecnología o período de Hospitalización (o parte de un Período de Hospitalización):

- Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional
- Que no se adhiere a las pautas de práctica estándar de la Institución de Salud Gubernamental donde se esté llevando el tratamiento
- Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico
- Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Institución de Gubernamental de Salud donde se esté llevando el tratamiento a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otras entidades gubernamental, estatales, federales o académicas competentes reconocidas por LA ASEGURADORA.

FECHA DE RENOVACIÓN: Es la fecha cuando debe hacerse el pago de la prima.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura.

FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial e intelectual. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional y otros.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Se refiere a aquellos gastos incurridos por el ASEGURADO y que serían cubiertos por la póliza siempre que así lo indique la TABLA DE BENEFICIOS, aun cuando dichos gastos sean aplicados al DEDUCIBLE.

HIJASTRO: Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o compañero(a) doméstico(a) del Asegurado principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado principal.

HOSPITAL, SANITARIO, CLÍNICAS, CENTRO ASISTENCIAL y CENTRO DE SERVICIOS MÉDICOS: Significa una institución, que:

- Tiene la licencia respectiva y funciona de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio; y
- se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamientos y cuidado de enfermos y accidentados, y
- proporciona en forma continua servicios de enfermería veinticuatro
- (24) horas al día durante todo el año, prestados por enfermeros graduados registrados; y
- posee los equipos e instalaciones necesarias para efectuar intervenciones de cirugía mayor.

Esta póliza usará el término hospital para representar todas las instituciones arriba señaladas. El término hospital no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para:

- Descanso;
- Cuidados de custodia;
- Cuidados de enfermería;
- Cuidado de ancianos;
- Condiciones nerviosas y condiciones mentales.

LA ASEGURADORA: MAPFRE PARAGUAY COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

LIGADURA DE TROMPAS: Se cortan u obstruyen las trompas de Falopio, lo cual impide el embarazo al obstruir el trayecto del óvulo al espermatozoide y al útero. Se considera un método anticonceptivo permanente.

MÉDICO O DOCTOR: Significa una persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio, y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente. El término “médico” o “doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología, bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio, y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente.

MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Significa que un tratamiento, servicio, medicamento o estancia en un Hospital (o parte de una estancia en un Hospital):

- a) Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia médica de la persona asegurada; y
- b) no excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado, necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado; y
- c) ha sido prescrito por un médico y aprobado y coordinado por LA ASEGURADORA; y
- d) es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
- e) en el caso de un paciente internado en un hospital, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.
- f) La necesidad médica es determinada por LA ASEGURADORA basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo médicamente necesario.

El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el ASEGURADO, la familia del ASEGURADO o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite),
- b) no es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del ASEGURADO, o
- c) excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- d) cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.)
- e) Es calificado como cuidado asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con un alto costo unitario y cuyo costo total mensual supera los 500,00 dólares americanos. Dichos medicamentos tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital y son prescritos y supervisados por un especialista para el tratamiento de condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera línea.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA: Es el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas científicas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes y siempre y cuando guarden relación con el(los) diagnóstico(s) reportado(s).

MÉDULA ÓSEA: Significa el tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

ÓRGANO: Significa una parte del cuerpo que ejerce una función específica.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país en el que el ASEGURADO PRINCIPAL ha manifestado en el formulario de solicitud que mantiene su residencia física.

PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América y/o en cada país donde se desarrolle la epidemia.

PERÍODO DE ESPERA GENERAL: El período de tiempo durante el cual el ASEGURADO no contará con ningún beneficio, excepto las enfermedades y lesiones causadas por un accidente grave que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el ASEGURADO no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN O DE INTERNACION: Significa el período mínimo de veinticuatro (24) horas, que comienza en la fecha de ingreso del ASEGURADO a un Hospital o Centro de Trasplante para recibir atención médica o quirúrgica y termina el día en el que el ASEGURADO es dado de alta del Hospital o Centro de Trasplante.

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

PREEXISTENCIA: Es aquella condición:

- a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la póliza o de su rehabilitación, o
- b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la póliza o su rehabilitación, o
- c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la póliza.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas diagnósticas médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre o médula ósea o tejido) es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

PRÓTESIS INTERNA: Pieza o aparato artificial que sustituye las funciones de un órgano, huesos o una parte de los mismos y que se aplica mediante cirugía al organismo del asegurado

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido cubierto bajo esta póliza.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

RED DE PROVEEDORES: Significa un profesional o institución que suministra asistencia o servicios sanitarios, tales como Médicos, Hospitales, Clínicas, etc. designados por LA ASEGURADORA. La lista vigente de proveedores puede consultarla en la página web de la ASEGURADORA.

RELACIÓN DE VIDA DOMÉSTICA: Relación entre el ASEGURADO PRINCIPAL y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas:

- a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser compañero(a) doméstico(a) de, otra persona según la ley o el derecho común.
- b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente
- c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato
- e) Los dos deberán haber proporcionado alguno de los siguientes documentos que comprueben su relación de vida doméstica como, pero no limitado a:
 - comprobante de domicilio
 - certificado de vida y residencia
 - factura de servicios básicos
 - copia de certificado de propiedad mancomunada
 - copia de contrato de arrendamiento que identifique a ambos como inquilinos
 - otros que la ASEGURADORA estime necesarios

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

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

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semiprivadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el ASEGURADO que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El(la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.

SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario suministrado por LA ASEGURADORA llenada por EL ASEGURADO PRINCIPAL solicitante con información personal y médica sobre sí mismo y sus DEPENDIENTES, usada por LA ASEGURADORA para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, LA ASEGURADORA antes de la emisión de la póliza.

SOLICITANTE: La persona que llena la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura.

SUBLÍMITE MÁXIMO DE POR VIDA: Se entiende que es el máximo pago que LA ASEGURADORA asumirá en tanto el seguro se encuentre en vigor. No existe restitución de suma asegurada para estos beneficios, indicados en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza.

TABLA DE BENEFICIOS: Documento que detalla las coberturas, sumas aseguradas, DEDUCIBLES, COASEGUROS y periodos de espera.

TEJIDO: Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el ASEGURADO está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: Son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia no serán cubiertos bajo este beneficio.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Significa una entidad especial que forma parte de un Hospital donde los pacientes, debido a una emergencia médica, enfermedad o accidente, reciben en forma continua y durante las veinticuatro (24) horas del día, todos los días del año, y bajo la dirección de un cuerpo de médicos, un tratamiento, especial, médicamente necesario, que consiste en servicios técnicos y equipos especiales para salvar vidas, bajo la continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para este tipo de pacientes.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la ASEGURADORA considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalcientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

VASECTOMÍA: Es una cirugía ambulatoria para cortar los conductos deferentes, que son los que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra. Después de una vasectomía, los espermatozoides no pueden salir de los testículos. Se considera un método de esterilización masculina.

CLAÚSULA 6. PERSONAS ASEGURABLES

- a. Se denomina ASEGURADO PRINCIPAL a la persona incorporada como tal en esta PÓLIZA siempre y cuando no haya cumplido los sesenta y nueve (69) años al momento de la inscripción inicial y cumpla con los demás requisitos de asegurabilidad.
- b. Se denomina ASEGURADO DEPENDIENTE:
 - Al CÓNYUGE o COMPAÑERO(A) DOMESTICO(A) del ASEGURADO PRINCIPAL siempre y cuando no haya cumplido los sesenta y nueve (69) años al momento de su inscripción.
 - A los hijos reconocidos o legalmente adoptados del ASEGURADO PRINCIPAL, siempre que no hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad al momento de la inscripción.
- c. Las limitaciones de edad, tanto para el ASEGURADO PRINCIPAL como para su CÓNYUGE o COMPAÑERO(A) DOMESTICO(A) sólo se aplicarán en el momento de la inscripción, no existiendo limitación alguna de edad para la permanencia en la PÓLIZA.
- d. El límite de permanencia para los hijos como ASEGURADOS DEPENDIENTES será hasta antes de cumplir los veinticinco (25) años. En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo de LA COMPAÑÍA. No obstante, a lo antes indicado, el hijo DEPENDIENTE podrá solicitar a LA COMPAÑÍA la emisión de una nueva PÓLIZA con un deducible igual o mayor bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior, bajo la calidad de ASEGURADO PRINCIPAL. La solicitud de seguro de salud del antiguo DEPENDIENTE debe ser recibida antes de terminar el período de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como DEPENDIENTE.
- e. Si un(a) hijo(a) DEPENDIENTE contrae matrimonio o se muda a otro país de residencia, o si el(la) cónyuge DEPENDIENTE deja de estar casado(a) con el ASEGURADO PRINCIPAL por razón de divorcio o anulación o se muda a otro país de residencia, la cobertura para dicho DEPENDIENTE terminará en la fecha del siguiente aniversario de la póliza.
- f. Para gozar del beneficio que otorga esta PÓLIZA, se requerirá siempre que el ASEGURADO PRINCIPAL y sus DEPENDIENTES, sean residentes y vivan permanentemente en el Paraguay, un mínimo de 180 días continuos o discontinuos durante el año calendario ...
- g. Esta póliza no está disponible para, ni puede ser emitida o renovada a personas que residen en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días, continuos o discontinuos, en un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días sin importar el tipo de visa emitida al ASEGURADO o su estado migratorio, a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- h. Sin perjuicio de lo anterior, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del ASEGURADO PRINCIPAL, cancelación anticipada, o no renovación de la póliza a discreción de LA ASEGURADORA, en caso que cualquier ASEGURADO mantenga presencia o residencia en otro país distinto al Paraguay y conllevará a la posible terminación de cobertura para el ASEGURADO que se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América u otro país distinto al Paraguay sin importar el tipo de visa emitida al ASEGURADO o su estado migratorio
- i. En el caso de seguros Colectivos, el grupo asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) ASEGURADOS PRINCIPALES para ser elegible.

CLAÚSULA 7. EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTRANJERO POR ESTUDIOS O TRABAJO TEMPORAL

- 7.1.** Aquellos ASEGURADOS que, por motivo de trabajo o estudios temporales, deban permanecer en el extranjero por un tiempo mayor al estipulado en la CLAUSULA 6°, podrán solicitar la extensión de cobertura en el extranjero hasta por la vigencia anual de la póliza, renovable hasta por una vigencia adicional a discreción de la ASEGURADORA, siempre y cuando la residencia permanente del ASEGURADO se mantenga en el Paraguay.
- 7.2.** Sin perjuicio de lo anterior, la ASEGURADORA se reserva el derecho de evaluar la elegibilidad del ASEGURADO en caso de que mantenga presencia o residencia en otro país distinto al Paraguay sin importar el tipo de visa emitida al ASEGURADO o su estado migratorio.
- 7.3.** La extensión de la cobertura no aplicará si el ASEGURADO se convierte en residente permanente de los Estados Unidos de América o de cualquier otro país distinto al Paraguay.
- 7.4.** Procedimiento para solicitud de extensión de cobertura en el extranjero.

a) Por Estudios:

- Formulario de declaración de residencia correctamente diligenciado
- Carta de aceptación o certificado membretado expedido por la Universidad o Instituto al que va a asistir el ASEGURADO.
- Copia de la visa de estudios temporal otorgada u otro documento migratorio que sustente la residencia temporal expedido por la autoridad competente en el país.

b) Por Trabajo:

- Formulario de declaración de residencia correctamente diligenciado
- Carta membretada de la empresa donde el ASEGURADO es empleado, indicando su asignación en el extranjero, el país de residencia temporal y el tiempo de dicha asignación.
- Copia de la visa de trabajo temporal otorgada u otro documento migratorio que sustente la residencia temporal expedido por la autoridad competente en el país.

El ASEGURADO y/o TOMADOR debe remitir la solicitud, la cual se encuentra en www.mapfre.com.py, al email xxxxx@mapfre.com.py

CLAÚSULA 8. PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará por un período de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en la fecha de vencimiento del pago.

CLAÚSULA 9. INICIO Y FIN DE LA COBERTURA

La cobertura comienza a las 12:00 horas del mediodía, hora oficial del Paraguay en la fecha efectiva de la póliza consignada en las Condiciones Particulares, y termina a las 12:00 horas del mediodía, hora oficial del Paraguay o en cualquiera de los siguientes casos:

- a) En la fecha de expiración de la póliza, o
- b) Por falta de pago de la prima, o
- c) A solicitud por escrito del ASEGURADO PRINCIPAL para terminar su cobertura, o
- d) A solicitud por escrito del ASEGURADO PRINCIPAL para terminar la cobertura para algún DEPENDIENTE, o
- e) Por notificación por escrito de LA ASEGURADORA, según se establece en las condiciones de esta póliza.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no emitir una póliza si las obligaciones de LA ASEGURADORA y las de sus compañías y/o del Administrador de Servicio y sus compañías afiliadas, estén prohibidas por las leyes de la República del Paraguay, las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si emitir dicha póliza infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a LA ASEGURADORA, el Administrador de Servicio o cualquier de las entidades relacionadas a LA ASEGURADORA y al Administrador de Servicio.

CLAÚSULA 10. RENOVACIÓN

Si la póliza es renovada, se forma un nuevo contrato bajo los mismos términos que el año póliza anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara, y cualquier enmienda que le haya sido notificada al ASEGURADO PRINCIPAL en el momento de la renovación.

LA ASEGURADORA enviará al ASEGURADO PRINCIPAL y al TOMADOR una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima y cualquier cambio en la póliza a renovar. Si el ASEGURADO PRINCIPAL y/o TOMADOR decide no renovar su póliza, deberá contactar a LA ASEGURADORA durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de aniversario de la póliza.

A menos que el ASEGURADO PRINCIPAL y/o TOMADOR se comuniquen con LA ASEGURADORA para expresar su deseo de no renovar la póliza por un periodo de seguro adicional, de conformidad con lo establecido en el Art. 1563 del Código Civil, LA ASEGURADORA considerará que el ASEGURADO PRINCIPAL ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el cobro de la prima usando los detalles de pago que el ASEGURADO PRINCIPAL haya proporcionado a LA ASEGURADORA.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan si el ASEGURADO PRINCIPAL no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original

CLAÚSULA 11. PROHIBICIÓN DE CESIÓN

El CONTRATANTE o TOMADOR no podrá ceder los derechos que contraiga en virtud de esta póliza debido a que el interés asegurable, al ser la salud del ASEGURADO, es intransferible.

CLAÚSULA 12. MONEDA Y TASA DE CAMBIO

Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (USD).

La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de LA ASEGURADORA.

Adicionalmente, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento.

CLAÚSULA 13. PERÍODO DE ESPERA GENERAL

Esta póliza contempla un período de espera general de treinta (30) días, durante el cual solamente estarán cubiertas las enfermedades y lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en su TABLA DE BENEFICIOS.

CLAÚSULA 14. PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO

El Periodo de espera específico es el tiempo establecido contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza durante el cual ciertas enfermedades y procedimientos no están cubiertos. Todo diagnóstico o enfermedad manifestada durante este periodo sí estará sujeta a cobertura luego de transcurrido el plazo establecido como periodo de espera específico, siempre que no fueran enfermedades preexistentes no cubiertas.

Durante el periodo de espera específico, los gastos relacionados con las enfermedades y procedimientos sujetos de espera no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta póliza.

El detalle de las enfermedades o procedimientos a los cuales aplican periodos de espera específicos y la cantidad de meses de duración de los mismos, se encuentra detallado en la TABLA DE BENEFICIOS.

CLAÚSULA 15. EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL

LA ASEGURADORA podrá exonerar el período de espera general de treinta (30) días, solamente si:

- a) El ASEGURADO tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía de salud internacional con un producto equivalente durante por lo menos un (1) año y
- b) La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los treinta (30) días después de que ha expirado la cobertura anterior y
- c) EL ASEGURADO ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro de salud, y
- d) LA ASEGURADORA recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la solicitud de seguro de salud.

Si se exonera el período de espera general, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros treinta (30) días de cobertura están limitados al menor de los beneficios provistos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

Esta exoneración del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos. La exoneración del periodo de espera no exime al ASEGURADO del proceso de suscripción.

CLAÚSULA 16. CAMBIO DEL PAIS DE RESIDENCIA

El ASEGURADO debe notificar por escrito a LA ASEGURADORA si cambia su país de residencia dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. Para gozar del beneficio que otorga esta póliza, se requerirá siempre que los ASEGURADOS, PRINCIPAL y DEPENDIENTES, sean residentes y vivan permanentemente en el Paraguay, un mínimo de 180 días continuos o discontinuos, en un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días. En caso no se cumpla con esta condición, se suspenderán las coberturas en el extranjero hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza. Esta póliza no está disponible para ni puede ser emitida a personas que residen en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días, continuos o discontinuos, en un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días sin importar el tipo de visa emitida al Asegurado o su estado migratorio, a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si LA ASEGURADORA tuviere conocimiento del cambio de residencia, la misma podrá cancelar la Póliza con aviso dado con quince (15) días de anticipación.

CLAÚSULA 17. CAMBIO DE PLAN

El ASEGURADO PRINCIPAL y/o el TOMADOR pueden solicitar un cambio de plan en la fecha del aniversario de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario. Cuando el ASEGURADO PRINCIPAL solicite un cambio de plan, aplican las siguientes condiciones:

- a) Los beneficios ganados por antigüedad del ASEGURADO no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Si el plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la TABLA DE BENEFICIOS de la Carátula de la Póliza.
- b) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.
- c) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo plan y el producto o plan anterior.
- d) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del plan anterior serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo plan.
- e) No obstante, lo anterior, LA ASEGURADORA podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondiente, mediante los respectivos formularios adicionales, cuando el ASEGURADO PRINCIPAL solicite cambio de plan.

CLAÚSULA 18. RED DE PROVEEDORES

La presente póliza de gastos médicos ofrece cobertura, en los países o regiones establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES, dentro de una red de proveedores de acuerdo con la cobertura de gastos médicos y hospitalarios establecidos en la tabla de sumas máximas aseguradas incluida en el CONDICIONES PARTICULARES. Si una red de proveedores está establecida, no se proporciona cobertura, ya sea por pago directo o como reembolso, fuera de la red de proveedores, excepto para emergencias, como se indica el numeral 20.5.5

- a) La lista de hospitales y médicos en la red de proveedores está disponible en la página web de la ASEGURADORA, y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
- b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado con LA ASEGURADORA.
- c) Algunos beneficios requieren pre-autorización para su atención en la red de proveedores como se indica el numeral 22.2. Si el ASEGURADO no notifica a LA ASEGURADORA como se indica en este numeral, se le reembolsarán los gastos cubiertos en la red de proveedores de acuerdo con los costos usuales, razonables y acostumbrados para el procedimiento respectivo, aplicándose un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación, además del deducible y el coaseguro, si corresponde.

CLAUSULA 19. COBERTURA GEOGRÁFICA

El alcance de la cobertura geográfica dependerá del plan contratado y está establecido en las CONDICIONES PARTICULARES que forman parte integral de la póliza. La información sobre la red de proveedores se encuentra disponible ingresando a la página web de la ASEGURADORA.

CLAUSULA 20. BENEFICIOS

El término “Gastos Cubiertos” que se emplea en esta Póliza, se refiere a los gastos en los que incurra el ASEGURADO en los países donde el plan elegido brinde cobertura según lo detallado en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza, debido a una enfermedad o accidente amparados por los beneficios de este seguro, y que no estén considerados como “Exclusiones o Limitaciones”, hasta los límites contratados especificados en la TABLA DE BENEFICIOS considerando, según sea el caso, la aplicación de los DEDUCIBLES y COASEGUROS según lo establecido para cada cobertura y siempre que sean médicamente necesarios.

La presente póliza contempla un DEDUCIBLE global el cual debe ser cubierto en su totalidad antes que el ASEGURADO empiece a recibir los beneficios de la póliza listados en la TABLA DE BENEFICIOS. Todos los beneficios están sujetos al DEDUCIBLE correspondiente, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

Si en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza está establecida una red de proveedores, El ASEGURADO inscrito deberá hacer uso del servicio única y exclusivamente en dicha red de proveedores afiliada y de acuerdo con los casos por atención médica hospitalaria y/o quirúrgica, tratamientos ambulatorios, así como las coberturas especiales, según las especificaciones que se indican para cada uno de ellos y en las condiciones que se indican en la TABLA DE BENEFICIOS.

Si en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza NO está establecida una red, el ASEGURADO gozará de libre elección de proveedores. En dichos casos, y si la ASEGURADORA no puede coordinar el pago directo con el proveedor elegido por el ASEGURADO, se podrá realizar un reembolso de gastos al ASEGURADO basado en los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) prevalente en la región o país en el que se brinde el servicio.

El ASEGURADO deberá tomar en cuenta que:

- Deberá notificar a LA ASEGURADORA antes de comenzar cualquier tratamiento que requiera una pre-autorización, según lo establecido en la TABLA DE BENEFICIOS.
- Si en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza está definida una Red de Proveedores, toda hospitalización y tratamiento deberá realizarse en un hospital dentro de dicha red de proveedores que se encuentra disponible ingresando a la página web de la ASEGURADORA. Ningún beneficio es pagadero por servicios prestados fuera de dicha red, excepto en los casos que:
 - a) En dicha red no existan proveedores disponibles para una cobertura específica en la región o país en la que el ASEGURADO requiera atención y
 - b) Como se especifica bajo la condición Tratamiento Médico de Emergencia detallado en el Artículo 20.5.5.

En dichos casos, y si la ASEGURADORA no puede coordinar el pago directo con dicho proveedor, se podrá realizar un reembolso de gastos al ASEGURADO basado en los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) prevalente en la región o país en el que se brinde el servicio.

Las coberturas otorgadas mediante este contrato son las que se enumeran a continuación:

20.1. BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

- Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.
- El ASEGURADO deberá notificar a LA ASEGURADORA por lo menos setenta y dos (72) horas antes de comenzar cualquier tratamiento.
- El paciente deberá cancelar al centro Asistencial, en el momento del alta, los importes correspondientes al COASEGURO, DEDUCIBLE y gastos no cubiertos si aplica.
- Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado previamente por el ASEGURADO con el equipo de LA ASEGURADORA.

20.1.1. SERVICIOS HOSPITALARIOS

- a) Habitación estándar, individual con baño propio, alimentación, incluyendo dietas especiales y cuidados normales en un Hospital o Clínica, legalmente establecida.
- b) Sala de operaciones, sala de recuperación, sala de cuidados intensivos, exámenes de procedimiento tales como pero no limitado a radiografías, electrocardiogramas, encefalogramas, tomografías, ecografías, resonancias magnéticas, exámenes especializados, análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopos radioactivos, enyesado, entablillado, vendas.
- c) Equipos, aparatos y dispositivos médicos, siempre que el médico tratante certifique que tales auxilios son imprescindibles para la recuperación del paciente.
- d) Otros servicios que tengan directa relación con el tratamiento médico.

20.1.2. HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
- b) Tarifas especiales establecidas por LA ASEGURADORA para un área o país determinado.

20.1.3. MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.1.4. CIRUGÍA BARIÁTRICA

Consulte la TABLA DE BENEFICIOS para saber si su producto ofrece esta cobertura. El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:

- a) Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
- b) Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;

- c) Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para
- d) perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y
Haber pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el ASEGURADO someterse al procedimiento.

La técnica quirúrgica para utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de LA ASEGURADORA.

El ASEGURADO deberá comunicarse con LA ASEGURADORA para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

20.1.5. ACOMPAÑANTE DE UN ASEGURADO HOSPITALIZADO

Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente ASEGURADO hospitalizado que esté recibiendo un tratamiento cubierto se pagarán como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.1.6. SALUD MENTAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia primaria cubierta, y las terapias se otorguen durante la estadía en el hospital. El ASEGURADO deberá comunicarse con LA ASEGURADORA para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

20.2. BENEFICIOS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

20.2.1. CIRUGÍA AMBULATORIA

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

20.2.2. SERVICIOS AMBULATORIOS

- a) Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b) Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento, y procedimientos, siempre y cuando estén sustentados por la evidencia médica actual y disponible, para un adecuado diagnóstico y tratamiento.
- c) Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

20.2.3. MEDICAMENTOS POR RECETA

Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza, así como aquellos medicamentos recetados para tratamiento ambulatorio o que no requiera hospitalización, relacionados a una condición médica cubierta por esta póliza, están cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.2.4. FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación están cubiertas como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS y deberán ser aprobadas con anticipación por LA ASEGURADORA. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días.

20.2.5. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

La atención médica proporcionada en el hogar o en el lugar de hospedaje en el extranjero del ASEGURADO, está cubierta de acuerdo con lo indicado en la TABLA DE BENEFICIOS en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza, y deberá ser aprobada con anticipación por LA ASEGURADORA. Es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento para obtener cada aprobación. La atención médica en el hogar o en el lugar de hospedaje en el extranjero incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de enfermería en el hogar o en el lugar de hospedaje en el extranjero para el ASEGURADO después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:

- sea prescrito por el médico del ASEGURADO,
- comience inmediatamente después de que el ASEGURADO salga del hospital,
- reduzca la duración de la estadía del ASEGURADO en el hospital,
- sea proporcionada en el hogar o en el lugar de hospedaje en el extranjero del ASEGURADO por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio, y
- sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados asistenciales).

20.2.6. RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA

Se cubren las atenciones médicas y/o procedimientos preventivos que tengan como objetivo detectar precozmente enfermedades prevenibles o controlables y reducir el riesgo asociado a ellas. El alcance del beneficio es hasta el límite máximo detallado en la TABLA DE BENEFICIOS en las CONDICIONES PARTICULARES.

20.2.7. VACUNAS

LA ASEGURADORA cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, incluyendo, pero no limitado a, la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes, vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.

20.2.8. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA (VERIFICAR COBERTURA EN LA TABLA DE BENEFICIOS DE CADA POLIZA)

Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia (Urgent Care) en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

20.3. BENEFICIOS POR EVACUACIÓN MÉDICA

20.3.1. EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) está cubierto como se indica en su TABLA DE BENEFICIOS solamente si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento en la localidad en la que se encuentre el ASEGURADO, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana con la infraestructura requerida para proveer el nivel de atención médica requerida deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada en el país o región donde se brinde el servicio. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

Transporte por ambulancia aérea:

- a) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por LA ASEGURADORA.
- b) EL ASEGURADO se compromete a mantener a LA ASEGURADORA, y a cualquier otra compañía afiliada por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, inclemencias climáticas o debido a condiciones operacionales.
- c) Si el ASEGURADO es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el ASEGURADO fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser preaprobados y coordinados por LA ASEGURADORA.

20.3.2. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de que el ASEGURADO fallezca fuera de su país de residencia, LA ASEGURADORA cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido como se indica en su TABLA DE BENEFICIOS, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del ASEGURADO. Los trámites deben ser coordinados juntamente con LA ASEGURADORA.

20.4. BENEFICIOS POR MATERNIDAD (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

20.4.1. EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO BENEFICIOS POR MATERNIDAD (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

LA ASEGURADORA pagará a la ASEGURADA TITULAR, CÓNYUGE o COMPAÑERO(A) DOMESTICO(A) los gastos derivados del embarazo, parto normal o por cesárea médicamente requerida y tratamientos pre y postnatales hasta el límite establecido en la TABLA DE BENEFICIOS siempre y cuando la fecha probable de parto sea por lo menos diez (10) meses después de la fecha del inicio de vigencia de la cobertura para

la respectiva ASEGURADA. Esta cobertura no aplica para ASEGURADAS DEPENDIENTES diferentes a las aquí señaladas.

Para gozar de este beneficio, la ASEGURADA DEPENDIENTE que no sea CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) DOMESTICO(A) deberá optar por una póliza independiente como ASEGURADA TITULAR de forma previa al nacimiento de su hijo. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de espera de diez (10) meses calendario para la póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la póliza de sus padres. LA ASEGURADA deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior.

20.4.2. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

- a) Cobertura provisional: Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, como se indica en su Tabla de Beneficios. Si el recién nacido nace de un embarazo no cubierto, no tendrá cobertura provisional.
- b) Cobertura permanente:
- **Adición automática:** Para incluir al recién nacido en la póliza de los padres sin evaluación de riesgo, la póliza de los padres debe haber estado vigente durante por lo menos diez (10) meses calendario consecutivos. Para incluir al recién nacido, se deberá presentar dentro de los noventa (90) días después del parto copia del certificado de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento del recién nacido. Si no se recibe el certificado de nacimiento dentro de los noventa (90) días después del parto, deberá llenarse una Solicitud de Seguro de Salud Individual para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La prima correspondiente a la adición debe pagarse al momento de la notificación del nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente entrará entonces en vigor a partir de la fecha del nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.
 - **Adición no-automática:** La adición de hijos que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al hijo en la póliza de sus padres, se deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y presentarse junto con el certificado de nacimiento y el pago de la prima correspondiente a la adición.
 - La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberán presentar todos los documentos legales conforme a la Ley N° 6486/2020 de “Promoción y Protección del derecho de niños, niñas y adolescentes a vivir en familia”, que regula las medidas de cuidados alternativos y la adopción. Se deberá presentar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y copia del certificado de nacimiento, y la adición estará sujeta a los procedimientos estándares de evaluación de riesgo.

20.4.3. COBERTURA POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

LA ASEGURADORA cubrirá a la ASEGURADA TITULAR o CÓNYUGE o COMPAÑERO(A) DOMESTICO(A) elegible del ASEGURADO TITULAR por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario

como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto.

Por complicaciones del embarazo, parto o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido.

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la póliza, incluyendo, pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante el período de espera para el beneficio de maternidad.

Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio. Para propósitos de la póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto. Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo los límites de la póliza.

Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto la ASEGURADA TITULAR o CÓNYUGE o COMPAÑERO(A) DOMESTICO(A) elegible del ASEGURADO TITULAR deberá comunicarse con LA ASEGURADORA dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de haber sido hospitalizada.

20.4.4. PRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE DEL CORDÓN UMBILICAL (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

Siempre y cuando haya cobertura para el embarazo, LA ASEGURADORA cubrirá a la embarazada por bebé nacido vivo, una sola vez, los gastos generados por el almacenamiento de células madre del cordón umbilical, sea en el centro médico u hospital en donde se recibieron las atenciones de parto, o en centros especializados que ofrezcan tales servicios. El monto estipulado para este beneficio se brindará hasta el límite establecido en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.4.5. LIGADURA DE TROMPAS AL MOMENTO DE PARTO BENEFICIOS POR MATERNIDAD (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

Consulte su TABLA DE BENEFICIOS para confirmar si su póliza ofrece esta cobertura. Se cubre el procedimiento de Ligadura de trompas de Falopio y gastos relacionados al momento del parto cubierto, para ASEGURADAS en la póliza hasta el límite consignado en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.5. OTROS BENEFICIOS

20.5.1. CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Las condiciones congénitas y/o hereditarias están cubiertas como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS. El beneficio comienza una vez que la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual. Los gastos cubiertos serán considerados según el tratamiento efectuado, esto es, como gastos de hospitalización, cirugías o gastos de atención ambulatoria según corresponda, hasta el límite máximo especificado para esta cobertura indicado en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.5.2. CIRCUNCISIÓN EN EL HOSPITAL

Cobertura del procedimiento de circuncisión en las instalaciones de un Hospital dentro de los primeros 2 años del menor ASEGURADO.

20.5.3. VASECTOMÍA (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

Consulte su TABLA DE BENEFICIOS para confirmar si su póliza ofrece esta cobertura. Se cubre el procedimiento de Vasectomía y gastos relacionados, para ASEGURADOS en la póliza hasta el límite consignado en la TABLA DE BENEFICIOS.

20.5.4. TRATAMIENTOS ESPECIALES Y MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS

Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia y la quimioterapia (no relacionado a un diagnóstico de Cáncer), y los medicamentos altamente especializados y de alto costo, están cubiertos, siempre y cuando sean preaprobados y coordinados con anticipación con LA ASEGURADORA.

20.5.5. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin hospitalización)

La póliza cubre el tratamiento médico de emergencia, dentro y fuera de la red de proveedores cuando la vida o integridad física del ASEGURADO se encuentra en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a LA ASEGURADORA, tal como se indica en Artículo 22.2.2.

Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red de proveedores relacionados con un tratamiento médico de emergencia serán cubiertos y pagados como si el ASEGURADO hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red.

20.5.6. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Se proporciona cobertura para los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los treinta (30) días siguientes al accidente.

20.5.7. DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL

Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por LA ASEGURADORA. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

20.5.8. CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:

Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la Aseguradora. Las mismas se detallan en sus documentos de póliza al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y póliza contratada.

b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:

Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

20.5.9. PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

Este beneficio comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico tratante, ha sido certificada por una segunda opinión quirúrgica, y ha sido preaprobado y confirmada por LA ASEGURADORA.

Este beneficio incluye:

- a)** Los gastos médicos relacionados con el trasplante, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada limitado a los siguientes trasplantes:
 - córnea
 - intestino delgado
 - riñón
 - páncreas
 - hígado
 - corazón
 - pulmón
 - médula ósea
- b)** Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del ASEGURADO para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del ASEGURADO para el procedimiento de trasplante.
- c)** Reconocimiento médico prequirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- d)** Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical.
- e)** La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- f)** El cuidado postoperatorio incluyendo, pero no limitado a, cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- g)** Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- h)** Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.
- i)** Los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:
 - la recolección del órgano ya sea de un donante vivo o muerto,
 - los gastos por compatibilidad de tejidos
 - los gastos de hospital/operación del donante, y
 - cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de 30 días de post operación únicamente

20.5.10. VIH/SIDA (VERIFICAR COBERTURA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA)

Consulte su TABLA DE BENEFICIOS para confirmar si su póliza ofrece esta cobertura. Las enfermedades relacionadas con el SIDA o anticuerpos VIH (VIH positivo) estarán cubiertas si se comprueba que fueron causadas por una transfusión de sangre recibida después de la fecha efectiva de esta póliza. El virus del VIH también estará cubierto si se comprueba que fue contraído como resultado de un accidente ocurrido durante el curso normal de la ocupación del ASEGURADO, incluyendo las siguientes profesiones: médicos, dentistas, enfermeros, personal de laboratorio, trabajadores de hospital auxiliares, ayudantes médicos o dentales, personal de ambulancias, comadronas, personal del cuerpo de bomberos, policías, y oficiales de penitenciaría. El ASEGURADO deberá notificar a LA ASEGURADORA dentro de los catorce (14) días siguientes a dicho accidente, y al mismo tiempo proporcionar el resultado negativo de un examen de anticuerpos de VIH con fecha previa al accidente.

20.5.11. TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Esta cobertura ampara el tratamiento de cáncer según las condiciones indicadas en la TABLA DE BENEFICIOS de la presente póliza. El beneficio oncológico se activa con el diagnóstico definitivo de cáncer (neoplasia maligna), demostrado a través del estudio anatomopatológico. El ASEGURADO deberá comunicarse con la ASEGURADORA para recibir preaprobación antes de someterse al tratamiento.

20.5.12. INSUFICIENCIA RENAL (DIÁLISIS)

LA ASEGURADORA pagará el procedimiento de diálisis renal para el paciente hospitalizado o paciente ambulatorio siempre y cuando sea medicamente necesario y sea preaprobado por la ASEGURADORA.

20.5.13. COBERTURA PARA ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS

Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos, la cobertura se brinda por la práctica de la actividad o deporte de forma amateur. Si está establecido en la TABLA DE BENEFICIOS, se extenderá la cobertura para actividades o deportes peligrosos practicados de forma profesional o por compensación.

20.5.14. SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Si un cirujano ha recomendado que el ASEGURADO sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el ASEGURADO debe notificar a LA ASEGURADORA por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si LA ASEGURADORA considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por LA ASEGURADORA. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por LA ASEGURADORA. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, LA ASEGURADORA también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el ASEGURADO y LA ASEGURADORA. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirman la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

20.5.15. EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

En caso de que fallezca el ASEGURADO PRINCIPAL, LA ASEGURADORA proporcionará cobertura continua como se especifica en la TABLA DE BENEFICIOS sin costo alguno para los DEPENDIENTES sobrevivientes bajo esta póliza si la causa de la muerte del ASEGURADO PRINCIPAL se debe a una condición cubierta bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los DEPENDIENTES cubiertos bajo la póliza existente, y terminará

automáticamente para el cónyuge, o compañero(a) doméstico(a) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los DEPENDIENTES sobrevivientes que no sean elegibles bajo esta póliza y/o para quienes se haya emitido una póliza propia. Esta extensión de cobertura no aplica para ningún anexo de cobertura opcional. La extensión de cobertura entra en vigencia a partir de la próxima fecha de renovación o de aniversario, la que ocurra primero, después del fallecimiento del ASEGURADO PRINCIPAL.

CLAUSULA 21. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

En este Artículo encontrará un listado de los tratamientos, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por LA ASEGURADORA como parte del seguro de salud. Además de esto, el ASEGURADO podría tener exclusiones o limitaciones personales que corresponden a su cobertura, como lo explica el documento de CONDICIONES PARTICULARES. Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, excepto cuando la cobertura esté especificada en la TABLA DE BENEFICIOS:

GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- a) Que no sea médicamente necesario, o**
- b) Para un ASEGURADO que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o**
- c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o**
- d) Que está relacionado con el cuidado asistencial, o**
- e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**
- f) Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo, pero no limitando causas mórbidas y/o accidentales.**

LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio ASEGURADO o un tercero a solicitud del ASEGURADO, suicidio, suicidio fallido, u ocasionadas por culpa grave del ASEGURADO por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el ASEGURADO esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el ASEGURADO PRINCIPAL o sus DEPENDIENTES participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el ASEGURADO haya sido el provocador.

EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: 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, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, tratamiento naturopático u homeopático, medicamentos naturopáticos u homeopáticos, acupuntura y cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL: Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros treinta (30) días desde la fecha efectiva de la póliza, salvo por lo indicado en la CLAUSULA 13.

TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA: Todo tratamiento a una madre o un recién nacido que sea relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad.

CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el ASEGURADO cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se define y estipula en esta póliza. De igual modo, LA ASEGURADORA no cubrirá ninguna condición preexistente que el ASEGURADO no haya informado debidamente durante el proceso de solicitud.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad competente en el país donde se suministre el tratamiento.

TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el ASEGURADO tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro, o que han sido puestos bajo la dirección de una autoridad gubernamental.

ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA: Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico de un ASEGURADO hospitalizado, a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

GASTOS QUE EXCEDAN EL GASTO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS: El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales.

TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o cuando el primer gasto ocurre después de treinta (30) días de la fecha de un accidente cubierto.

LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES: Tratamiento de lesiones que resulten mientras el ASEGURADO preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.

VIH/SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), VIH positivo y enfermedades relacionadas con el SIDA, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL: La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por LA ASEGURADORA.

TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier ASEGURADO bajo esta póliza.

MEDICAMENTOS SIN RECETA O NO CUBIERTOS:

1. Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.
2. Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
3. Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de la póliza.
4. Cualquiera de los siguientes medicamentos de medicina tradicional china (MTC): hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por LA ASEGURADORA.

ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre u otro tipo de tejido o célula, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crío preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible o artefactos nucleares.

EXÁMENES Y CERTIFICADOS MÉDICOS: Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del ASEGURADO para trabajar o viajar, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Tratamientos para o como resultado de obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS. Los gastos asociados con cirugía bariátrica están cubiertos tal como se indica en la TABLA DE BENEFICIOS, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos.

TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo, pero no limitado a impotencia, inadecuaciones y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente. Los diagnósticos de cáncer de cuello uterino o bronquial como consecuencia del Virus de Papiloma Humano (VPH) no están comprendidos en la presente exclusión y serán cubiertos según el beneficio de Tratamiento del Cáncer detallado en LA TABLA DE BENEFICIOS

TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo, pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada a menos que se indique la cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo tratamiento o servicio a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto y sus complicaciones.

ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo, pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS de las siguientes actividades y/o deportes: participación en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', MMA (artes marciales mixtas), esgrima, rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos,

alpinismo o andinismo o montañismo, o rapel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacera de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuatica, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitacion de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montana o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros; trapecio, equilibrista; salto desde puentes 'puenting'; halterofilia; esqua acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'; así como cualquier relación a deportes aéreos, con armas, con motor, de contacto, de gimnasio, de invierno, de riesgo, ecuestres, náuticos, montañismo o escalada de cerros (aventura) y cualquier otro deporte o actividad no nombrado que presente un peligro real o aparente para la integridad física de quienes lo practican, incluso un riesgo vital.

PRÁCTICA DEPORTIVA PROFESIONAL: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de la participación en cualquier deporte sea considerado peligroso o no, por compensación o como profesional, a menos que se indique lo contrario en la TABLA DE BENEFICIOS.

ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en la TABLA DE BENEFICIOS.

CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones belicar, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el ASEGURADO:

- ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
- ha participado activamente, o
- ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

ACTOS NEGLIGENTES: Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el ASEGURADO es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o dolencia y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico, o se especifique cobertura en la TABLA DE BENEFICIOS.

CLAUSULA 22. SINIESTROS

LA ASEGURADORA cubrirá los costos de los servicios clínicos y médicos (según lo detallado en las CONDICIONES PARTICULARES de la póliza), que demande el tratamiento de una enfermedad o accidente, por atención hospitalaria y/o ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por ASEGURADO contemplado en esta Póliza, siempre que la enfermedad o accidente ocurra dentro del período de vigencia de la Póliza y con sujeción a la TABLA DE BENEFICIOS establecida en las CONDICIONES PARTICULARES de la Póliza. En ningún caso la indemnización dará lugar a ganancias a favor del ASEGURADO.

22.1. DENUNCIA DEL SINIESTRO Y CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

Si se encuentra indicado en la TABLA DE BENEFICIOS los ASEGURADOS deberán pre-autorizar con LA ASEGURADORA la necesidad de atención médica como mínimo setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier atención médica programada. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del ASEGURADO o de un acompañante, notificar a LA ASEGURADORA en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia suya, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

Además, el ASEGURADO está obligado a suministrar a LA ASEGURADORA, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro, o la extensión de la prestación a su cargo, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.

LA ASEGURADORA puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el ASEGURADO. No es válido convenir la limitación de los medios de prueba, ni subordinar la prestación de la ASEGURADORA a un reconocimiento, transacción, o sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones legales sobre cuestiones prejudiciales.

La ASEGURADORA puede informarse de las actuaciones administrativas o judiciales motivadas o relacionadas con la investigación del siniestro, o constituirse en parte en la causa criminal, al sólo efecto de la responsabilidad civil. (Art. 1589 C. Civil).

La omisión de la carga prevista en el primer párrafo del presente artículo puede generar la negación del pago del siniestro o la aplicación de los costos que hubiera tenido la ASEGURADORA en caso de haberse realizado la notificación requerida.

Si la TABLA DE BENEFICIOS indica que la pre-autorización es obligatoria, y el ASEGURADO no se comunica con LA ASEGURADORA como se requiere, EL ASEGURADO será responsable de un COASEGURO adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación, y en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del DEDUCIBLE y COASEGURO indicado en las CONDICIONES PARTICULARES. Adicionalmente, en caso de accidente serio, no corresponderá la eliminación del DEDUCIBLE si el ASEGURADO no realiza la notificación según lo estipulado previamente.

Pierde su derecho, asimismo, si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el artículo 1589 del Código Civil o exagera fraudulentamente su condición de salud o emplea pruebas falsas para acreditarlo. (Art. 1590 C. Civil).

El Asegurado está obligado:

- **Evitar la Ocurrencia del Siniestro y disminuir su gravedad:** EL ASEGURADO tomará en todo momento las medidas necesarias para evitar la ocurrencia del siniestro o para disminuir la gravedad e intensidad de sus consecuencias; actuando como si no estuviera ASEGURADO.
- **Prueba del Siniestro:** Es de cargo del ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA ASEGURADORA su derecho a recibir las prestaciones contempladas en la presente Póliza, con la documentación veraz, completa e idónea.

- **Gastos Ordinarios:** Los gastos que demande el cumplimiento de las cargas previstas en este artículo son de cargo, cuenta, riesgo y responsabilidad del ASEGURADO; salvo pacto expreso y específico en contrario y los cuales no tienen relación directa con los gastos propios de la cobertura.

22.2. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO (PRE - AUTORIZACION)

En caso el ASEGURADO requiera una atención médica, este debe comunicarse con LA ASEGURADORA a través del portal web definido por la ASEGURADORA o a los teléfonos que aparecen en su tarjeta de seguro, como mínimo setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier servicio médico para pre-autorizar su atención. La pre-autorización permite:

- Ayudar al ASEGURADO a entender y coordinar sus beneficios
- Identificar el mejor tratamiento y servicio médico
- Coordinar el pago directo con los hospitales y clínicas y reducir recargos y gastos médicos innecesarios.

22.2.1. ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA O QUIRÚRGICA

En caso el ASEGURADO requiera una atención hospitalaria y/o quirúrgica debe tramitar su solicitud de pre-autorización a través del portal web definido por la ASEGURADORA, con por lo menos 72 horas de anticipación a la fecha prevista de la cita, incluyendo la siguiente información:

- La condición/síntomas que se están tratando
- El tratamiento propuesto
- El nombre del médico que hace la referencia médica
- El médico y hospital a donde prefiere ir
- Copia de las notas clínicas o expedientes médicos referentes a su condición

Para proceder con la autorización, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o ASEGURADO toda la información del evento médico, incluyendo los honorarios médicos y resultados de los estudios. En algunos casos será necesario el envío de información adicional para la aprobación.

Una vez que LA ASEGURADORA cuente con toda la información:

- Verificará la vigencia de la póliza
- Verificará que la condición y tratamiento cumpla con los requisitos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
- Confirmará la cobertura con el médico y el hospital

Si el caso es procedente, LA COMPAÑÍA enviará la autorización al proveedor de servicios médicos, el ASEGURADO será responsable del pago del DEDUCIBLE Y COASEGURO al prestador de servicio, de acuerdo con lo estipulado por la póliza. LA COMPAÑÍA realizará el pago directamente al proveedor de servicios médicos.

En caso que EL ASEGURADO no notifique a LA COMPAÑÍA su atención médica en la Red de Proveedores, dentro de los plazos estipulados en el Artículo 22.2, EL ASEGURADO será responsable por un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación en la red de proveedores, y en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del DEDUCIBLE y COASEGURO indicado en las CONDICIONES PARTICULARES. Adicionalmente, en caso de accidente grave, no corresponderá la eliminación del DEDUCIBLE si el ASEGURADO no realiza la notificación según lo estipulado previamente.

22.2.2. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

El ASEGURADO deberá dirigirse inmediatamente a la clínica o centro médico de emergencia más cercano en la localidad en la que se encuentre, inmediatamente ocurrida la emergencia, para ser atendido.

Es obligación del ASEGURADO notificar a LA COMPAÑÍA en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido LA COMPAÑÍA en caso de haberse notificado el accidente a tiempo.

En caso de un accidente grave que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente. Para tener el beneficio de exoneración de deducible, el ASEGURADO debe notificar el accidente a LA COMPAÑÍA en el curso de los primeros diez (10) días de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el ASEGURADO no notifica como se establece previamente.

22.2.3. TERAPIA FÍSICA O REHABILITACIÓN DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA

En caso el ASEGURADO requiera una atención por terapia física o rehabilitación después de una cirugía debe tramitar su solicitud de pre-autorización a través del portal web definido por la ASEGURADORA, con por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación a la fecha prevista de la cita, incluyendo la siguiente información:

- El plan para la terapia, que debe incluir cuántas sesiones terapéuticas son necesarias y cuál es el progreso que se espera alcanzar
- El terapeuta que estará consultando

Para proceder con la autorización, el equipo de servicios médicos debe recibir del proveedor de servicios médicos, agente o ASEGURADO toda la información del evento médico incluyendo un programa de terapia que desglose cuántas sesiones terapéuticas son necesarias, y cuál es el progreso que se espera alcanzar. En algunos casos será necesario el envío de información adicional para la aprobación.

Una vez LA ASEGURADORA cuente con toda la información:

- Verificará la vigencia de la póliza
- Verificará que la condición y tratamiento cumpla con los requisitos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.
- Confirmará la cobertura con el médico y el hospital

Si el caso es procedente, LA ASEGURADORA enviará la autorización al proveedor de servicios médicos, el ASEGURADO será responsable del pago del deducible de acuerdo con lo estipulado por la póliza. LA ASEGURADORA realizará el pago directamente al proveedor de servicios médicos. El proveedor de servicios médicos enviará la factura posteriormente.

En caso de que el ASEGURADO no notifique a la ASEGURADORA su atención médica dentro de los plazos estipulados en el Artículo 22.2., EL ASEGURADO será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación, y en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del DEDUCIBLE y COASEGURO indicado en las CONDICIONES PARTICULARES.

22.2.4. TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Si se encuentra estipulado en la TABLA DE BENEFICIOS, LA COMPAÑÍA pagará los gastos derivados del tratamiento en la red de proveedores de centros de atención de urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia urgente pero no grave, cubierta bajo la póliza.

- La red de proveedores de centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia se encuentra disponible en la página web de la ASEGURADORA.
- EL ASEGURADO debe buscar proveedores con la denominación “Urgent care/Center/Facility”
- EL ASEGURADO debe comunicarse con la central de emergencias internacionales de LA COMPAÑÍA cuyos números encontrará en su carné de seguro.
- EL ASEGURADO deberá brindar su nombre, fecha de nacimiento, número de póliza, nombre del centro de urgencia elegido, dirección y teléfono. LA ASEGURADORA validará la cobertura.
- EL ASEGURADO deberá presentar su carné de seguro para atenciones en los Estados Unidos en el centro de atención de urgencias y pagar el copago correspondiente para recibir atención.

22.2.5. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

En caso de una evacuación médica de emergencia, las coordinaciones se realizarán a través de nuestra central de asistencia al número que figura en su tarjeta de seguro, LA COMPAÑÍA proporcionará aviso anticipado a la instalación médica, manteniendo una comunicación continua durante el traslado. Estos servicios se brindan las 24 horas del día todos los días del año.

22.3. PAGO DE SINIESTROS CONTRA REEMBOLSO PARA ASEGURADOS

LA ASEGURADORA tiene como política efectuar, a través del Administrador de Servicios, pagos directos a médicos y hospitales adscritos a su red de proveedores preferenciales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, LA ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO PRINCIPAL la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y LA ASEGURADORA y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del ASEGURADO.

En caso de que el ASEGURADO PRINCIPAL fallezca, LA ASEGURADORA pagará cualquier beneficio pendiente de pago al/a los beneficiarios(s) o heredero(s) legal(es) del ASEGURADO PRINCIPAL.

LA ASEGURADORA deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al ASEGURADO PRINCIPAL.

Ni la ASEGURADORA, ni ninguna de sus filiales, subsidiarias o administradores y prestadores de servicio pertinentes relacionados participarán en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de la República del Paraguay y de los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con LA ASEGURADORA para obtener más información sobre esta restricción.

22.4. PRUEBA DE SINIESTRO

El ASEGURADO deberá someter prueba escrita del siniestro, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, e información adicional de la solicitud de reembolso, lo cual debe ser enviado a través del portal web definido por la ASEGURADORA.

La acción para presentar cualquier solicitud de reembolso de un siniestro bajo la presente póliza prescribe en un (1) año siguiente a la fecha del tratamiento o servicio conforme lo establecido en el Art. 666 inciso b) del Código Civil. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación.

LA ASEGURADORA no está obligada a pagar beneficio alguno cubierto por reclamaciones sometidas a la ASEGURADORA por un tratamiento o servicio ocurrido mientras la póliza no se encontraba vigente o cuyo formulario de solicitud de reembolso web no hubiera sido recibido por la ASEGURADORA durante el año siguiente a la fecha del tratamiento o servicio como se estipula en el párrafo anterior.

Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente. El no cumplir con esta condición resultará en la denegación de la reclamación. Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso en la web de la ASEGURADORA por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas.

En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal (si el ASEGURADO cuenta con un seguro de accidentes de tránsito o vehicular que cubra el evento en primera instancia), informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología.

La solicitud de reembolso se encuentra en el portal web definido por la ASEGURADORA

La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de LA ASEGURADORA. Adicionalmente, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento.

Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza a los hijos DEPENDIENTES se deberá presentar una declaración por escrito firmada por el ASEGURADO PRINCIPAL confirmando que dichos hijos DEPENDIENTES son solteros.

LA ASEGURADORA debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado dentro de los (30) treinta días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art. 1597 C. Civil).

22.5. EXÁMENES FÍSICOS

Durante el proceso de evaluación de un siniestro, antes de que se llegue a una conclusión, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier ASEGURADO cuya enfermedad o lesión sea la base del siniestro, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de LA ASEGURADORA.

22.6. OBLIGATORIEDAD DE COOPERACIÓN

El ASEGURADO debe proporcionar a LA ASEGURADORA todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite LA ASEGURADORA, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que LA ASEGURADORA obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con LA ASEGURADORA, o el no autorizar el acceso de LA ASEGURADORA a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada.

22.7. VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

LA ASEGURADORA podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete a LA ASEGURADORA, es únicamente un elemento de juicio para que esta pueda pronunciarse acerca del derecho del ASEGURADO.

LA ASEGURADORA tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluación en cuanto al daño, su valor y sus causas, y exigir del ASEGURADO testimonios o juramentos que fueren permitidos por las leyes procesales

22.8. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

LA ASEGURADORA tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del ASEGURADO a quien ha pagado una reclamación, cuando el ASEGURADO haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de proceder en nombre del ASEGURADO, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

Los derechos que correspondan al ASEGURADO contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren a la ASEGURADORA hasta el monto de la indemnización abonada. El ASEGURADO es responsable de todo acto que perjudique este derecho de la ASEGURADORA.

La ASEGURADORA no puede valerse de la subrogación en perjuicio del ASEGURADO (Art.1616 C. Civil.).

22.9. APELACIÓN DE SINIESTROS

Ante el rechazo parcial o total o cualquier desacuerdo entre el ASEGURADO y LA ASEGURADORA sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el ASEGURADO podrá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de LA ASEGURADORA antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el ASEGURADO deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones al email denunciaspersonas@mapfre.com.py

Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser enviadas al coordinador de apelaciones de LA ASEGURADORA. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días, el comité de apelaciones notificará al ASEGURADO sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión. En caso de que el Comité de apelaciones no se pronuncie se considerará rechazada dicha petición.

CLAUSULA 23. AUTORIDAD Y MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que se haya hecho un endoso a la póliza. Ningún corredor, productor o agente tiene facultar para hacer modificaciones o concesiones a la póliza.

CLAUSULA 24. AVISOS Y NOTIFICACIONES

Queda establecido que todas las notificaciones entre las partes requeridas por esta póliza serán cursadas por escrito. Si la notificación es para en TOMADOR, esta será enviada a su domicilio declarado ante la Aseguradora y/o

al agente o corredor del TOMADOR, y si debe ser dada a la ASEGURADORA, debe ser enviada a su oficina principal en la ciudad de Asunción, Paraguay.

La ASEGURADORA puede remitir notificaciones referentes a la presente póliza, la póliza de seguro propiamente dicha; las modificaciones y/o suplementos y/o anexos y/o cualquier otro documento relativo a la póliza de seguro por medios electrónicos al e-mail declarado por el TOMADOR en la solicitud de seguro, siempre y cuando el TOMADOR haya dado su conformidad, en la solicitud de seguro, sobre el uso de medios digitales.

ENDOSO 1 – ADECUACIÓN A SEGURO INDIVIDUAL

CLAÚSULA 1 DETERMINACIÓN DE UNA PÓLIZA INDIVIDUAL

La presente póliza de seguro considera una póliza individual aquella contratada por una persona natural o jurídica denominado el CONTRATANTE o TOMADOR, para asegurar la salud de un individuo o un grupo familiar según lo establecido en la CLAUSULA 2° de las Condiciones Particulares Específicas. El CONTRATANTE o TOMADOR puede a su vez tener la condición de ASEGURADO en la póliza.

La definición de persona asegurable aplicable al presente endoso y quienes pueden comprender el grupo familiar como DEPENDIENTES, se encuentra detallada en la CLAUSULA 6° de las Condiciones Particulares Específicas.

Se deja por sentado que la suscripción de una póliza individual compuesta por más de un individuo no constituye una póliza colectiva.

ENDOSO 2 – ADECUACIÓN A SEGURO COLECTIVO

CLAUSULA 1. INGRESO Y SALIDA AL SEGURO

El TOMADOR estará obligado a solicitar e informar toda persona asegurable que desee incorporarse al seguro, como así mismo de informar la salida de las personas a ser desafectadas del seguro, procediéndose a establecer y/o devolver la prima según corresponda.

CLAUSULA 2. DE LA INCORPORACIÓN DE ASEGURADOS PRINCIPALES Y DEPENDIENTES

El TOMADOR proporcionará a la Compañía la nómina completa de los ASEGURADOS PRINCIPALES y sus DEPENDIENTES. Los datos serán remitidos por el TOMADOR a través de las Solicitudes Individuales de Incorporación al seguro llenadas por cada Grupo Familiar, acompañando las declaraciones de salud de cada ASEGURADO PRINCIPAL y sus DEPENDIENTES.

CLAUSULA 3 CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE INCORPORACIÓN AL SEGURO

LA ASEGURADORA emitirá un Certificado Individual de Incorporación al seguro para cada ASEGURADO TITULAR incluyendo a sus DEPENDIENTES, en el cual estarán indicadas las prestaciones a las que tiene derecho y otros datos que se consideren necesarios. Dichos Certificados Individuales serán válidos y darán derecho a los beneficios acordados, siempre y cuando la póliza esté en vigencia.

CLAUSULA 4 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Es condición indispensable para que esta póliza entre en vigor y mantenga su vigencia que:

- el número de ASEGURADOS PRINCIPALES no sea inferior a cinco (5),
- el TOMADOR del seguro sea una entidad legalmente constituida en el Paraguay y
- los ASEGURADOS PRINCIPALES tengan un vínculo laboral con el TOMADOR.

Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente Contrato caducará automáticamente.

CLAUSULA 5. CONVERSIÓN A UNA PÓLIZA INDIVIDUAL

En el caso de pólizas contratadas de manera colectiva por empresas, una vez que los ASEGURADOS a título individual dejen de formar parte de la póliza colectiva, podrán contratar un seguro individual, si cumplen las siguientes condiciones:

- a) El plan individual por contratar debe ser de un deducible igual o mayor y beneficio (sumas aseguradas máximas, sublímites) igual o menor del que tenían con la póliza colectiva.
- b) La póliza colectiva debe seguir estando activa a la fecha que el ASEGURADO PRINCIPAL opte por la conversión.
- c) EL ASEGURADO PRINCIPAL deberá completar una solicitud dentro de los treinta (30) días continuos posteriores a la fecha de terminación de su póliza colectiva.
- d) EL ASEGURADO PRINCIPAL puede optar por el derecho de conversión solamente si no continúa trabajando o queda desvinculado de la empresa que contrato la póliza colectiva.
- e) Los DEPENDIENTES del titular de la póliza tienen derecho a la conversión siempre y cuando lo hagan como parte de la póliza del ASEGURADO PRINCIPAL. Los DEPENDIENTES no pueden optar por una póliza de conversión sin que el ASEGURADO PRINCIPAL esté asegurado.
- f) Todas las condiciones y/o exclusiones que haya tenido en la cobertura grupal se mantendrán en la póliza individual.
- g) EL ASEGURADO debe haber permanecido en la póliza colectiva por 24 meses o más.

Los ASEGURADOS bajo un Grupo Colectivo que deseen transferir su cobertura a un plan individual y que cumplan con las condiciones arriba listadas podrán transferir su cobertura sin evaluación médica individual. Queda establecido que de existir Períodos de Carencia y/o de Espera, los mismos se darán por cumplidos en el supuesto que éstos hubieren terminado durante la vigencia de los contratos anteriores.

Los beneficios ganados por antigüedad del ASEGURADO no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la TABLA DE BENEFICIOS.

CLAUSULA 6. INTERVENCIÓN DEL TOMADOR

El TOMADOR deberá certificar la exactitud de los datos de cada ASEGURADO, contenidos en los formularios y proporcionar a LA ASEGURADORA toda la información que esta le requiera con motivo de la aceptación del riesgo.

LA ASEGURADORA podrá exigir en cualquier momento la comprobación de los datos mencionados

CLAUSULA 7. CAMBIO DEL TOMADOR

En caso de cambio del TOMADOR de esta póliza, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de rescindir el Contrato dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de dicho cambio.

CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

CLAUSULA 1 LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV, Título II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.

Las disposiciones contenidas en las CONDICIONES PARTICULARES prevalecerán por sobre las establecidas en las CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS y éstas sobre las CONDICIONES GENERALES COMUNES, en donde el Código Civil admita pactos en contrario.

Las disposiciones contenidas en las CONDICIONES GENERALES COMUNES se aplicarán en la medida que corresponda a la especificidad de cada riesgo cubierto.

CLAUSULA 2 PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO

La ASEGURADORA queda liberada si el ASEGURADO PRINCIPAL y/o DEPENDIENTES provoca/n, por acción u omisión, el siniestro, dolosamente o con culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad

CLAUSULA 3 RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el ASEGURADO y/o TOMADOR, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si LA ASEGURADORA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

LA ASEGURADORA debe impugnar el contrato dentro de los (3) tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 C. Civil).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Artículo 1549 del Código Civil, LA ASEGURADORA puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos o reajustarla con la conformidad del ASEGURADO al verdadero estado del riesgo (Art. 1550 C. Civil).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 C. Civil).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar el contrato, LA ASEGURADORA no adeuda prestación alguna (Art. 1553 C. Civil).

CLAUSULA 4 RESCISIÓN UNILATERAL

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando LA ASEGURADORA ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de (15) quince días. Cuando lo ejerza el ASEGURADO o TOMADOR, la rescisión se producirá desde la fecha en que se comunique formalmente mediante nota a LA ASEGURADORA sobre esta decisión.

Cuando el seguro rija desde las doce horas (12:00) del mediodía, la rescisión se computará desde la hora doce (12:00) del mediodía inmediata siguiente, salvo pacto en caso contrario.

El sistema horario utilizado para el cómputo del plazo del seguro es el de 24 horas.

Si LA ASEGURADORA ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. En este caso, LA ASEGURADORA reembolsará la porción no devengada de la prima menos los cargos administrativos y honorarios. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días correspondientes a la modalidad de pago, menos el número de días que la póliza estuvo en vigor.

Si el ASEGURADO o TOMADOR opta por la rescisión, LA ASEGURADORA tendrá derecho a una proporción de la prima neta, conforme a la siguiente tabla de periodo corto, quedando el remanente a favor del ASEGURADO PRINCIPAL y/o TOMADOR (Art. 1562 C. Civil):

TABLA DE PERIODO CORTO	
Meses de Seguro	Proporción de prima
1	25%
2	40%
3	55%
4	65%
5	75%
6	80%
7	85%
8	90%
9	95%
10	100%

No obstante, lo anterior, en caso de que el ASEGURADO reciba alguna indemnización o pago de siniestros, deberá pagar la prima íntegra no correspondiendo devolución alguna.

Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, LA ASEGURADORA tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso. (Art.1575 C. Civil).

Si el ASEGURADO cambia su país de residencia, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de no renovar la póliza.

El envío de una reclamación fraudulenta es también motivo para la rescisión o cancelación de la póliza.

Será causa de terminación anticipada de la póliza, sin responsabilidad para LA ASEGURADORA, si el ASEGURADO PRINCIPAL, EL TOMADOR y/o DEPENDIENTES, fueren condenados o privados de su libertad por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, o bien son mencionados en las listas que emite la OFAC (Office of Foreign Assets Control: Oficina de Control

de Activos Foráneos) de los Estados Unidos de América o cualquier otra lista de naturaleza similar por estar presuntamente involucrados en la comisión de los delitos señalados.

En caso de que una póliza sea terminada por cualquier motivo, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación, y LA ASEGURADORA sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha efectiva de terminación de esta. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser necesario.

CLAUSULA 5 PLURALIDAD DE SEGUROS

El ASEGURADO podrá tomar otras coberturas por los mismos riesgos y en idénticas condiciones de las aquí pactadas, en cuyo caso, deberá comunicarlo en la solicitud de seguro o dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la contratación de la otra póliza o seguro médico, a cada una de las ASEGURADORAS del contrato tomado, bajo pena de caducidad, salvo pacto en contrario.

Salvo estipulaciones especiales en el contrato o entre LAS ASEGURADORAS, en caso de prestación médica, cada ASEGURADORA contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia del total de la prestación debida.

El ASEGURADO no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, serán anulables los contratos celebrados con esa intención, sin perjuicio del derecho de LAS ASEGURADORAS a percibir la prima devengada en el periodo durante el cual no conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración del contrato (Artículos 1606 y 1607 C.C.)

CLAUSULA 6 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si el ASEGURADO tiene otra póliza o seguro médico que ofrece beneficios también cubiertos bajo esta póliza, dichos beneficios serán coordinados. De existir otro seguro de salud, incluyendo o no programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado cuando se llene la Solicitud de seguro original de la ASEGURADORA. En caso de siniestro, se deberá presentar verificación del otro seguro de salud y copia de las facturas desglosadas conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. La suma de los beneficios pagaderos por esta póliza y cualquier otra póliza o seguro médico será coordinada entre ellas. Las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta póliza serán acreditadas al deducible del ASEGURADO. La ASEGURADORA procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora y/o servicio de medicina prepaga y/o seguro de salud, serán aplicados al deducible de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta póliza. El total de los pagos no podrá exceder los gastos incurridos. Fuera del país de residencia, la ASEGURADORA funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora. La ASEGURADORA solamente cubrirá la porción correspondiente del costo de cualquier beneficio cubierto.

La siguiente documentación será necesaria para coordinar beneficios: documento de Explicación de Beneficios que haya sido emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) que contenga información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio detallado, el monto cubierto detallado, y cualquier otro documento de sustento que pueda requerir la ASEGURADORA.

CLAUSULA 7 FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con LA ASEGURADORA, solo está facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por LA ASEGURADORA referentes a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo de LA ASEGURADORA. (Art. 1595 C. Civil)

Para representar a LA ASEGURADORA en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre. (Art. 1596 C. Civil).

Ningún agente tiene la autoridad para cambiar la póliza o exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea aprobado por LA ASEGURADORA, y tal aprobación sea avalada por una enmienda a la póliza debidamente registrada ante la Superintendencia de Seguros.

CLAUSULA 8 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador está obligado a dar aviso inmediato a LA ASEGURADORA de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C. Civil).

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art.1581 C. Civil).

Cuando la agravación se deba a un hecho del TOMADOR, la cobertura queda suspendida. La ASEGURADORA, en el plazo de (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art.1582 C. Civil.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al TOMADOR, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, la ASEGURADORA deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de (1) un mes, y con preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Artículo 1582 de Código Civil, si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales de la ASEGURADORA.

Si el TOMADOR omite denunciar la agravación, la ASEGURADORA no está obligada a su prestación si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, excepto que:

- a) el TOMADOR incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) La ASEGURADORA conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia (Art.1583 C. Civil).

La rescisión del contrato da derecho a la ASEGURADORA:

- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) En caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art.1584 C. Civil)

CLAUSULA 9. REGIMEN DE COBRANZAS DE PREMIOS PARA SEGUROS ELEMENTALES O PATRIMONIALES CON CLAUSULAS DE SUSPENSIÓN AUTOMÁTICA DE COBERTURA Y DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE MORA EN EL PAGO DEL

- a) El premio del Seguro debe pagarse en el domicilio de la ASEGURADORA o en el lugar que se pactare entre el mismo y el ASEGURADO, sin que esta obligación pueda entenderse dispensada por reclamos o cobros de premios que por cualquier conducto y ocasión realice y obtenga la ASEGURADORA en tanto existan saldos pendientes.
- b) Si el pago del premio no se efectuare a vencimiento de la fecha pactada, la ASEGURADORA no será responsable por el siniestro ocurrido antes del pago.
- c) Los pagos deberán efectuarse en efectivo, salvo que la ASEGURADORA acepte en cada caso concreto otra forma de pago: como pago en cheque, tarjeta de crédito o débito u otro medio similar en cuya oportunidad debe expedirse el recibo correspondiente, lo cual no implicará novación de la obligación ni dación en pago. El rechazo o no pago por parte del Banco girado o entidad pagadora del cheque, tarjeta de crédito o débito por insuficiencia de fondos, cuenta cancelada, deficiencia en la redacción, firma deficiente o que no coincide con el registro, orden de no pago, o por tratarse de cualquier causa imputable o no al ASEGURADO Y/O TOMADOR, dejará automáticamente nulo y sin efecto dicho pago, como si nunca hubiera existido, produciéndose automáticamente la mora del deudor y teniendo también por efecto la suspensión automática de la cobertura retroactivamente a partir de la cuota cuya cancelación se frustra por dichas circunstancias.
- d) El pago del premio podrá ser al contado o fraccionado (a plazo) el saldo del mismo, en cualquiera de las modalidades mencionadas más arriba podrá fraccionarse hasta la cantidad de cuotas iguales y consecutivas convenidas entre las partes, a contar desde el vencimiento de la primera cuota posterior al pago inicial que podrá ser al inicio de la vigencia o contra entrega de póliza o certificados de cobertura. En el pago fraccionado la(s) cuota(s) deberá(n) ser pagada(s) puntualmente (de acuerdo a los vencimientos pactados en las CONDICIONES PARTICULARES del presente Contrato de Seguro) en el domicilio de la ASEGURADORA o en el lugar que se conviniere. Si a cualquier vencimiento de la cuota no fuese abonado su importe, la cobertura del riesgo quedará automáticamente suspendida desde las 24 horas del día de ese vencimiento, y la mora se producirá por el solo vencimiento de plazo, la que operará de pleno derecho sin necesidad de protesto, intimación extrajudicial o judicial alguna. La ASEGURADORA no será responsable por cualquier siniestro ocurrido durante la suspensión de la cobertura.

La cobertura suspendida podrá reactivarse mediante el pago del premio adeudado, quedando a favor de la ASEGURADORA y en carácter de penalidad para el ASEGURADO el importe del premio correspondiente al periodo transcurrido sin cobertura. La reactivación de la cobertura de la póliza estará sujeta a la aceptación de la ASEGURADORA, luego del cual manifestará su conformidad y con lo que el ASEGURADO y/o TOMADOR podrá abonar produciéndose la reactivación desde las doce (12) horas del día siguiente en que la ASEGURADORA reciba el importe vencido.

- e) Si el pago del primer premio, o del premio único, no se efectuare en la fecha pactada o contra entrega de la póliza, la ASEGURADORA no será responsable por ningún siniestro ocurrido antes del pago. En defecto de convenio entre las partes, la ASEGURADORA podrá rescindir el contrato con un plazo de denuncia de un mes. La ASEGURADORA no será responsable por el siniestro ocurrido durante el plazo de denuncia, después de dos (2) días de notificada la opción de rescindir. Su pago queda sujeto a condiciones y efectos establecidos en la presente CLAUSULA.
- f) **Condición Resolutoria:** La mora en el pago del premio por más de noventa (90) días importa la cancelación automática y resolución del contrato (sin necesidad de notificación alguna), debiendo

el ASEGURADO abonar el importe que corresponda por los días transcurridos de la vigencia de la póliza hasta la cancelación/ resolución, y en ningún caso y bajo ningún concepto podrán ser rehabilitadas las pólizas respecto de las cuales se opere dicha caducidad.

El ASEGURADO y/o TOMADOR deberá abonar el importe del premio correspondiente al riesgo corrido, calculado de acuerdo a las tarifas a corto plazo. La ASEGURADORA tendrá derecho a gestionar el cobro judicial del premio por el importe, intereses y gastos de justicia. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del saldo adeudado no modificará la resolución del presente contrato de seguro.

- g) Las disposiciones de la presente CLAUSULA son también aplicables a los premios adicionales por endosos o suplementos de póliza. El pago no podrá exceder el plazo de vencimiento de la vigencia establecida en el original de la póliza.
- h) En todos los casos en que el ASEGURADO reciba indemnización por el daño o la pérdida deberá pagar la prima íntegra.
- i) Del régimen de Cobranza de Premios, quedan exceptuados los siguientes casos:
 - I. Seguros que cubren riesgos correspondientes a organismos nacionales, municipales y empresas del Estado.
 - II. Seguros cuyos premios deben pagarse conforme lo dispongan disposiciones específicas.
 - III. Seguros por periodos que no excedan de (90) noventa días

CLAUSULA 10. CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al ASEGURADO y/o TOMADOR en los casos que no se haya determinado los efectos del incumplimiento en el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del ASEGURADO si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 1579 del Código Civil.

En caso de caducidad corresponde a LA ASEGURADORA la prima por el período en curso al tiempo en que conoció el incumplimiento de la obligación o carga.

CLAUSULA 11. GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

Los gastos necesarios para verificar el siniestro son a cargo de la ASEGURADORA, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del ASEGURADO. (Art. 1.614 C. Civil).

CLAUSULA 12. REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO

El ASEGURADO podrá hacerse representar por un profesional médico, en las diligencias tendientes a la correcta prestación del servicio a cargo de LA ASEGURADORA en un todo de conformidad a las condiciones establecidas en esta póliza y las disposiciones legales en la materia y serán por su cuenta los gastos de esa representación. (Art. 1613 C. Civil).

CLAUSULA 13. MORA AUTOMÁTICA

Las denuncias y declaraciones impuestas en el Código o por esta póliza se consideran cumplidas si se expiden dentro del plazo fijado. Las partes incurren en mora por el mero vencimiento del plazo (Art.1559 C. Civil.).

CLAUSULA 14. PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. (Art. 666 C. Civil).

CLAUSULA 15. DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato, es el último declarado (Art.1560 C. Civil).

CLAUSULA 16. CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

CLAUSULA 17. PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (Art.1560 C. Civil).

CLAUSULA 18. DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO

Las convenciones hechas en los contratos forman para las partes una regla a la cual deben someterse como a la ley misma, y deben ser cumplidas de buena fe. Ellas obligan a lo que esté expresado, y a todas las consecuencias virtualmente comprendidas. (Art. 715 C.C.)

CLAUSULA 19. JURISDICCIÓN

Queda expresamente convenido por las partes, Beneficiarios y demás personas que reciban prestaciones como consecuencias del presente, que cualquier problema de interpretación sobre los alcances del mismo y/o reclamación judicial quedará sometida a la jurisdicción de la República del Paraguay y dentro de ella será Juez competente el de los Tribunales Ordinarios de la ciudad de Asunción.

CLAUSULA 20. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La confidencialidad de la información de pacientes y ASEGURADOS es una prioridad de LA ASEGURADORA y sus compañías afiliadas. LA ASEGURADORA toma la confidencialidad de la información personal de sus ASEGURADOS muy seriamente. Con este fin, LA ASEGURADORA cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo las regulaciones sobre confidencialidad médica y la ley de protección de datos personales vigentes en el Paraguay y además también (en su caso) la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés) y sus reglamentos.

Toda actividad de tratamiento de los datos personales por parte de LA ASEGURADORA se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por este condicionado general, aparece publicado en nuestra página www.mapfre.com.py. LA ASEGURADORA puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, en países en donde posiblemente no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales de su cargo, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por medio de LA ASEGURADORA.

Si el TOMADOR y/o el ASEGURADO PRINCIPAL se transfiere a otro seguro que es ofrecido por cualquiera

de nuestras afiliadas, entonces LA ASEGURADORA compartirá con tal afiliada: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza del TOMADOR y/o ASEGURADO PRINCIPAL, así como también la de sus DEPENDIENTES.

LA ASEGURADORA podrá compartir la información de los DEPENDIENTES ASEGURADOS con el TOMADOR y/o con el respectivo ASEGURADO PRINCIPAL por medio del cual los DEPENDIENTES (actuales o propuestos) hayan sido presentados a LA ASEGURADORA para fines de que sean incorporados bajo los beneficios de cobertura de la póliza. La información de DEPENDIENTES antes referida y que puede ser compartida incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.



BRINDAMOS LA EXPERIENCIA

Para darte acceso a los mejores servicios médicos alrededor del mundo.

Amplio límite de edad para asegurabilidad, hasta antes de cumplir 69 años, y sin tope de permanencia en la póliza.

Periodos de espera mínimos para uso de gastos médico
Cobertura para enfermedades congénitas y hereditarias.