

“SEGURO HOSPITALARIO - SH”

CONDICIONES GENERALES

Título I

CLAUSULA I.1 - INTEGRACION Y BASE DEL CONTRATO

El sistema Médico Privado organizado para usted, por Seguros América, S. A., tiene como objetivo proteger el cuidado de la salud de sus Asegurados y Dependientes, y para ello pone a su disposición servicios médicos asistenciales, información y asesoramiento, garantizando así una atención seria con excelencia profesional y prestigio en el ámbito.

Seguros América, S. A., (en adelante denominada “La Compañía”), promete indemnizar, pagar o resarcir a Usted, (en adelante denominado “El Asegurado”), los beneficios señalados en esta Póliza denominada “Seguro Hospitalario”. Todos los beneficios estarán sujetos a la tabla de beneficios, provisiones, definiciones, condiciones, adendos y exclusiones prescritas.

Las condiciones generales de la póliza, junto con la solicitud de ingreso, las condiciones particulares, el cuestionario médico, la tabla de beneficios (Adendo “A”), el registro de asegurados, las autorizaciones y declaraciones, adendos y endosos que se le adicionen y cualquier otro documento, que hubiere servido de base para su celebración o modificación, constituirán el documento básico, o contrato entre las partes, suscrito entre el tomador de la póliza y Seguros América, S. A.

El Asegurado y/o el Tomador de la Póliza aceptan a cabalidad y de su mejor Fe, lo convenido en estas condiciones generales y todos sus anexos, de acuerdo a lo señalado en la Cláusula III.2 (Requisitos para el Ingreso) y la Cláusula III.3 (Condiciones Preexistentes).

“La Compañía”, no obstante a lo anteriormente citado, concede al Asegurado y/o Tomador de la Póliza, un período de diez (10) días, desde la fecha de emisión de ésta Póliza, para leer la Póliza a cabalidad, discutir las condiciones generales de ésta, con un funcionario de “La Compañía”, y anular el Contrato sin costo alguno para éste, si alguna de las condiciones no fueren de su aceptación. Luego de diez (10) días de la emisión de este contrato, se entiende que todos los contratantes, aceptan a cabalidad los términos de lo aquí suscrito.

Es entendido y convenido que las Condiciones Particulares y las cláusulas adicionales o Adendos prevalecen sobre las Condiciones Generales.

CLAUSULA I.2 – CARACTERISTICA DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS

Los beneficios que otorga el Seguro Hospitalario, descrito en el Título IV (Seguro Hospitalario) de estas condiciones generales, se otorgarán siempre que se hayan cumplido los Períodos de Espera (Cláusula IV.4) y que el pago de la Prima correspondiente se mantenga al día según modalidad de pago, respectivamente.

El Seguro Hospitalario se caracteriza porque los costos ocasionados por un internamiento hospitalario producto de una patología médica, quirúrgica o accidental, serán asumidos por la Compañía cuando la prestación del servicio se de en un centro hospitalario denominado Proveedor Preferencial, el cual se designará en adendo respectivo, o bien en un centro hospitalario perteneciente a la Red de Proveedores Preferidos, siempre y cuando sea autorizado por “La Compañía”, o bien a través del reembolso convencional después de la comprobación de los servicios de salud otorgados, y ante la presentación de las facturas originales de gastos ocasionados por tal evento aplicando el deducible y coaseguro que corresponda descrito en el Adendo A - Tabla de Beneficios, si éste ocurre durante el período de vigencia determinado en las condiciones particulares, o antes de terminar el plazo convenido como duración del seguro; en caso de que “El Asegurado” o alguno de sus dependientes inscritos, no demande ningún tipo de evento de beneficio asegurado, al finalizar el período de vigencia de la póliza, las primas devengadas permanecen a favor de “La Compañía”.

El Seguro Hospitalario, con la finalidad de otorgarle un servicio ágil, eficiente y de la mejor calidad, está sujeto a que para tener derecho, a cualquier beneficio de los prescritos en esta Póliza, se requiere de previa consulta, aprobación o autorización de “La Compañía”. Esta condición no aplica para los internamientos consecuencia de una Emergencia, no obstante se requiere el uso de los Proveedores Preferenciales y/o Preferidos.

CLAUSULA I.3 - TERMINOS

Los términos que se detallan se refieren específicamente a:

I.3.1 Domicilio: Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con la presente póliza, se fija como domicilio la Ciudad de Managua, en la República de Nicaragua.

I.3.2 Autoridad. Ningún agente o subagente tiene la autoridad para cambiar la póliza, o desistir de alguna de las provisiones. Ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea aprobado por escrito, por un oficial de “La Compañía”, y que por dicha aprobación se incluya un endoso en la póliza, o una enmienda firmada por un oficial de “La Compañía”.

I.3.3 Moneda. Todos los pagos relacionados con la presente Póliza, a realizarse por parte del contratante (asegurado), o de “La Compañía” (el asegurador), serán efectuados en Dólares de los Estados Unidos de Norte América.

I.3.4 Año Calendario. Significa, un período de doce (12) meses consecutivos, que comienza el 1ro. de Enero y finaliza el 31 de Diciembre de cualquier año.

I.3.5 Año Póliza. Es el período de doce (12) meses consecutivos, comenzando con el día efectivo de la póliza, estipulado en las Condiciones Particulares.

I.3.6 Monto Máximo a Indemnizar Vitalicio por Asegurado: Representa límite máximo de responsabilidad de la Compañía para amparar los servicios médicos cubierto por el Seguro Hospitalario, dicho límite estará constituido por la sumatoria de los pagos efectuados por la Compañía por cuenta del Asegurado en las diferentes vigencias de la póliza, sujeto al monto máximo a indemnizar por año póliza. Los montos máximos a indemnizar por Asegurado se indican en el Adendo “A” – Tabla de Beneficios de la Póliza.

I.3.7 Tomador de Póliza. Será aquella persona natural o jurídica que contrata este seguro, para su propio beneficio y al cual le une una relación contractual con “La Compañía”.

I.3.8 Deducible. El monto en dólares que el Asegurado es responsable de pagar antes que los beneficios cubiertos por esta póliza deban ser pagados por la compañía. Los siguientes montos no serán utilizados para satisfacer el deducible:

- a) cargos que sean superiores a los Usuales y Acostumbrados;
- b) Cargos que se deriven de tratamientos, servicios y/o suministros que no estén cubiertos por esta póliza.

I.3.9 Copagos y Coaseguros.

I.3.9.1 Copagos: Son las porciones de las facturas médicas que el Asegurado debe pagar (cuando estos aplican) en factores relativos o montos absolutos, por evento, por año póliza y por asegurado inscrito, además del deducible establecido (cláusula I.3.7).

I.3.9.2 Coaseguro: Es el porcentaje de los gastos elegibles (amparados por la presente póliza) que corresponde asumir a “El Asegurado”, hasta el límite máximo establecido en el Adendo “A”, el coaseguro es la cantidad que resulta de restarle a los gastos médicos incurridos y presentados para su reembolso:

- a) Los gastos no elegibles y excesos de gastos usuales y acostumbrados,
- b) El deducible,
- c) El reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en el Adendo “A” Tabla de beneficios.

Los porcentajes de coaseguro y montos de copago a pagar se especifican para cada tipo de beneficios donde se requiera, según lo prescrito en la tabla de beneficios (Adendo “A”).

I.3.10 Clases: Siempre que se haga referencia a clases, se entenderán todos los Asegurados cuyas pólizas tengan los mismos beneficios, deducibles, edades y país de residencia.

I.3.11 País de Residencia: Significa, el país de residencia permanente de “El Asegurado”, el cual deberá ser declarado en la solicitud de ingreso.

CLAUSULA I.4 - RED DE PROVEEDORES

Esta integrada por Proveedores preferenciales y preferidos, por Proveedor Preferencial se entiende aquellos centros hospitalarios designados por la Compañía en Adendo respectivo, los cuales brindarán los servicios médicos cubiertos necesarios y amparados, hasta la cantidad máxima asegurada, según el plan elegido por el Asegurado, de acuerdo con detalle de coberturas contenidas en la tabla de beneficios (Adendo “A”)

Los Proveedores Preferidos son aquellos centros asistenciales opcionales que proporcionan servicios de hospitalización incluyendo a su personal médico de planta con los cuales la Compañía ha firmado un convenio de asistencia para sus Asegurados, los cuales figuran en el listado que “La Compañía” facilita a “El Asegurado” en el momento de su incorporación a este Seguro Hospitalario.

Cuando se presente la necesidad de acudir a servicios médicos, la compañía que servirá como coordinadora de beneficios es Seguros América, S.A. El número de teléfono para comunicarse con esta empresa administradora de servicios médicos, se encuentra en su tarjeta personal (Cláusula I.4).

CLAUSULA I.5 - OTROS PROVEEDORES

“La Compañía” concede a “El Asegurado”, la facultad y derecho de elegir el profesional y/o centro asistencial, de su preferencia dentro del territorio Nicaragüense, que no pertenezcan a la Red de Proveedores Preferidos (Cláusula I.4), reintegrándosele en tal caso los honorarios y gastos devengados por

las prestaciones efectuadas, luego que “El Asegurado”, haya satisfecho los requisitos de deducible, copago y/o coaseguro correspondiente, según Tabla de Beneficios (Adendo “A”) en caso se requiera, de acuerdo a los gastos usuales y acostumbrados de las coberturas prescritas para el Seguro Hospitalario.

Regirá este mismo sistema, en la eventualidad de producirse una total imposibilidad de atención por parte del Proveedor Preferencial o por los miembros de la Red de Proveedores Preferidos, según determine la Auditoría Médica de “La Compañía”, salvo que se reintegrará el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos de acuerdo a los gastos usuales y acostumbrados del lugar donde se efectuó el gasto.

CLAUSULA I.6 – COBERTURA EN NICARAGUA

El Seguro Hospitalario brindará cobertura a sus Asegurados dentro de los límites territoriales de la república de Nicaragua, las 24 horas del día, los 365 días del año. La cobertura de la póliza se hará efectiva a través de los proveedores designados como Preferenciales, o bien por medio de la red de Proveedores Preferidos elegidos por el Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en los Adendos respectivos y la tabla de beneficios Adendo “A”. La Compañía no reconocerá ningún gasto relacionado con las coberturas del Seguro Hospitalario efectuado fuera del límite territorial indicado.

Titulo II

TARJETA PERSONAL

CLAUSULA II.1 - TARJETA PERSONAL DE SEGUROS AMERICA, S. A.

Una vez aprobado el ingreso al Plan, Seguros América, S. A., proveerá al nuevo “Asegurado” una Tarjeta Personal, la cual le permitirá identificarse ante los proveedores y tener acceso a los beneficios o prestaciones, una vez transcurrido el período de espera correspondiente (Cláusula IV.4).

La Tarjeta es personal, no transferible y de uso exclusivo para gozar de los Beneficios que brinde este Seguro Hospitalario. La tarjeta personal es propiedad de Seguros America, S. A y deberá serle restituida ante su sola iniciativa, sin que pueda oponérsele impedimento de ninguna especie.

CLAUSULA II.2 – CONTRATANTE

“El Asegurado” que asume la responsabilidad personal y la de su grupo familiar o de empleados ante “La Compañía”, se denomina “Contratante o Tenedor” de la Póliza. Éste puede hacer ingresar además del asegurado titular o principal, a sus asegurados dependientes, entendiéndose como tales a su cónyuge y/o hijos solteros estrictamente menores de 19 años de edad; una vez que cumplen los 19 años de edad podrán continuar asegurados hasta los 22 años de edad, siempre y cuando dependan económicamente de “El Asegurado Titular”, y además deben ser estudiantes solteros a tiempo completo, en una institución educativa acreditada y mediante certificado, que deberá ser renovado anualmente ante la Compañía.

Siempre que se haga referencia al “Asegurado Titular”, se entenderá que incluye también a los “Asegurados Dependientes” cuando lo que se trate sea aplicable a éstos.

CLAUSULA II.3 – TIPOS DE CONTRATO

El tipo de contrato se clasificará, en dependencia de cuantas personas conforman o se suscriban en la póliza.

II.3.1 Contrato Individual: Se suscribe con una persona natural, a su propio nombre, a favor del mismo y por cuenta propia.

II.3.2 Contrato Colectivo Familiar: Se concierta con una persona natural, a su propio nombre, a favor del mismo y de sus dependientes familiares inscritos en el contrato por cuenta propia.

II.3.3 Contrato Colectivo Empresarial: Se concierta con una Persona Jurídico, a nombre de sus Empleados y Colaboradores y de sus dependientes familiares inscritos en el contrato colectivo.

Titulo III

EL ASEGURADO

“El Asegurado” o cualquier persona a la cual éste seguro sea aplicable, deberá en todo momento tomar precauciones razonables para prevenir accidentes, lesiones o daños. Cualquier referencia al sexo Masculino, implica necesariamente también al sexo Femenino, sin ninguna diferenciación.

CLAUSULA III.1 - CONDICIONES PARA SU AFILIACION

Podrán afiliarse al Seguro Hospitalario de Seguros América, S.A:

III.1.1 Asegurados Titulares: Personas legalmente capaces para contratar, que su edad se encuentre entre los 18 años y sean menores de 65 años de edad (Cláusula II.2).

III.1.2 Asegurados Dependientes: Es el/la cónyuge, menor de 65 años de edad y/o los hijos solteros desde los 30 días de nacidos y sean menores de 22 años según sea el caso, de acuerdo con lo señalado en la Cláusula II.2 (Contratante).

III.1.3 Grupo Familiar: para los efectos de este Seguro Hospitalario, grupo familiar se definirá como: Cónyuges (esposo y esposa), hijos e hijastros inscritos o adicionados a esta Póliza.

CLAUSULA III.2 - REQUISITOS PARA EL INGRESO

“El Contratante o Asegurado Titular” deberá suscribir la Solicitud de Ingreso, la cual tiene el carácter de Declaración Jurada, siendo ineludible para su aceptación la completa y exacta inserción de los datos requeridos en ella. Una copia de ésta, junto con las condiciones generales, condiciones particulares, cuestionario médico, tabla de beneficios (Adendo “A”), registro de asegurados, autorización y declaración, adendos y endosos, que se le adhieran y cualquiera otro documento, que hubiere servido de base para su celebración o modificación, constituyen el contrato entre las partes.

Será responsabilidad del “Asegurado Titular”, la veracidad y exactitud de la información consignada, no eximiéndose de la misma, por la ocultación de datos que resultaron de terceros. En caso de declararse enfermedades preexistentes, las mismas estarán sujetas a la evaluación médica por “La Compañía”, la que determinará la aceptación y/o alcance de la cobertura.

Una vez aceptada la Solicitud de Ingreso, “El Asegurado Titular”, recibirá su Tarjeta Personal de Seguros América, S.A. (Cláusula II.1), conjuntamente con las condiciones generales una copia de la solicitud de ingreso, cuestionario médico, condiciones particulares, autorización y declaración, lo cual constituirá el acuerdo entre las partes, teniendo carácter de válido, al ser este Contrato refrendado por “El Asegurado Titular”.

CLAUSULA III.3 - CONDICIONES PREEXISTENTES

Condición Preexistente es cualquier condición médica, consecuencia de una enfermedad congénita o no y/o lesión previa, que ha requerido hospitalización, tratamiento médico, recetas médicas o medicinas, y que ha sido diagnosticada o que hubiere causado a una “persona prudente”, obtener consejo médico, con anterioridad al primer día de este contrato y en el caso de enfermedad congénita sea o no del conocimiento del Asegurado, no estará cubierta aun cuando se diagnostique posterior a la inclusión a la póliza.

“La Compañía” se reserva el derecho de afiliar a personas que considera gozan de buena salud, y/o restringir coberturas y monto asegurado de por vida, con base en el examen médico efectuado al “asegurado titular” y/o sus dependientes, o con los resultados de exámenes de admisión o historial médico requerido por la Auditoría Médica al momento de solicitar la Póliza.

Consecuentemente, las condiciones preexistentes no declaradas, o la información engañosa proporcionada a “La Compañía”, con respecto a la historia personal de “El Asegurado Titular”, resultara en el rechazo de la solicitud de ingreso, el rechazo de una prestación, la anulación de este Contrato, o todo lo anterior.

“La Compañía” se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante por insuficiencia, o falsedad de la información suministrada, en cuyo caso, el interesado perderá el derecho a reclamar el cien por ciento (100%) de la prima que hubiere abonado por tal concepto, a la cual se le deducirá los gastos administrativos pertinentes, que causó a “La Compañía” incluyendo erogaciones efectuadas durante el tiempo que estuvo asegurado.

Sin perjuicio de ello, podrá otorgarse hasta treinta (30) días desde la fecha de recepción de la Solicitud de Ingreso, para que el aspirante suministre la información adicional que pudiere requerirle “La Compañía”.

CLAUSULA III.4 - VIGENCIA DE LA AFILIACION Y RENOVACION AUTOMATICA.

La vigencia de la afiliación al Seguro Hospitalario es de doce (12) meses, contados a partir de la fecha que conste en la vigencia, descrita en las condiciones particulares, que forman parte de la presente Póliza.

El Seguro Hospitalario es un seguro anual renovable, sujeto a la recepción del pago de la prima y aprobación por la compañía, antes del día de expiración del Periodo de Gracia (Cláusula III.6). Podrá ser renovado automáticamente, por un periodo sucesivo adicional de beneficio de idéntica duración, con una prima equivalente a la edad cumplida de cada una de las personas inscritas en las condiciones particulares.

La relación entre “La Compañía” y el “Asegurado Titular” se regirá por estas condiciones generales y/o las actualizaciones y/o modificaciones que se hayan efectuado de tiempo en tiempo, en cuyo caso se emitirá el adendo correspondiente y se adherirá a esta póliza.

CLAUSULA III.5 - PAGO DE PRIMA

Para poder contar con los beneficios del Seguro Hospitalario, “El Asegurado Titular” deberá abonar la prima correspondiente, durante el período de gracia para el pago de prima prescrito (Cláusula III.6), según Categoría, forma de pago seleccionado y bajo alguna de las siguientes modalidades:

- a) Por depósito bancario a la orden de Seguros América, S. A., y remitiendo copia del comprobante bancario a nuestras oficinas.
- b) Personalmente o a través de su Intermediario de Seguro en las oficinas de Seguros América, S. A.
- c) Mediante cargo en cuenta bancaria o con tarjeta de crédito (cargos automáticos).
- d) Deducción mensual de planilla cuando esta es pagada a través de una Institución Financiera Autorizada por el ente regulador.

“La Compañía”, se reserva el derecho de anular la prestación del servicio, sin perjuicio de cualesquiera otros derechos que pudieren asistirle, si “El Asegurado Titular” falta al pago de su cuota en la fecha correspondiente, estipuladas en las condiciones particulares.

Ante el incumplimiento del pago de la prima en el plazo previsto, “El Contratante” o “El Asegurado Titular” incurrirán automáticamente en mora, por el solo transcurso del tiempo y sin necesidad de previo requerimiento judicial y/o extrajudicial de cualquier especie, y como consecuencia de ello pierde el derecho a utilizar las prestaciones que brinda el Seguro Hospitalario, las cuales correrán por su exclusiva cuenta y cargo, reservándose “La Compañía”, la facultad de reclamarle la devolución de eventuales erogaciones, efectuadas por utilización de los servicios durante el período de mora.

“La Póliza” que por encontrarse en mora es cancelada por falta de pago, los asegurados incluidos perderán la continuidad de cobertura y beneficios ganados por la antigüedad acumulada, debiendo someter una nueva solicitud de ingreso y cumplir requisitos de evaluación del riesgo (examen médico) y períodos de espera respectivo (Cláusula IV.4); lo que se producirá en forma automática y no quedará condonado en el posterior pago, aunque no se efectúe mención alguna al respecto en el momento de realizar el pago. Tampoco significará condonación de la pérdida de antigüedad, la circunstancia de conservar la misma Tarjeta Personal y el mismo número de afiliado. No obstante, si al momento de realizarse la reclamación, “El Asegurado Titular” se hallare al día en sus pagos habiendo efectuado el pago posterior, no saneará la mora ni la falta de cobertura durante la vigencia de ella, aunque no se haga mención alguna a tal efecto, en el momento de realizarse dicho pago. Lo anterior será aplicable en pólizas colectivas, aun cuando sean ciertos asegurados titulares los que incumplan el pago de la prima en el plazo previsto.

El pago de prima fuera de término según forma de pago establecido, sufrirá el recargo correspondiente según lo estipulado en el Convenio de Pago. Los reintegros sólo se otorgarán con el período en curso pagado.

La deuda que resultare por incumplimiento del pago de prima correspondiente según cuotas establecidas, y/o la utilización de servicios no cubiertos por el plan, o por haber sido utilizados en período de mora, permanecerá vigente y tendrá el carácter de acumulativa, hasta el momento de solicitar la anulación del Seguro Hospitalario. Sin perjuicio de ello, “El Asegurado Titular” se obliga a pagar las sumas que resulten de la anulación que a tal fin realice “La Compañía”, dentro de las setenta y dos (72) horas de ser notificado, a tal efecto mediante notificación fehaciente; en caso contrario, dará lugar a “La Compañía” para ejercer el derecho de obtener su cobro compulsivo, mediante acción judicial ejecutiva, con los intereses estipulados en el Convenio de Pago, gastos e indemnización, a cuyo fin, el título ejecutivo estará integrado por las presentes condiciones generales y la notificación que determine el monto líquido de la deuda impaga.

CLAUSULA III.6 – PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMA INICIAL

Los efectos del presente Contrato de Seguro, cesarán automáticamente treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurriere un siniestro, “La Compañía” después de haber percibido la prima adeudada a la fecha del siniestro, reembolsará o pagará el importe del(os) reclamo(s) presentado(s).

CLAUSULA III.7 – PAGO DE RECLAMACIONES

“La Compañía” hará todos los pagos de reclamaciones directamente a los “Proveedores de los Servicios”, para los cuales se adeudan pagos por servicios prestados, teniendo presente que en el caso de reembolso al médico tratante se aplicará a este el arancel correspondiente por servicios profesionales de acuerdo a la ley de Equidad fiscal. En caso de atenciones fuera de Red, La Compañía indemnizará a “El Asegurado” al momento de presentar las facturas originales de los gastos erogados, previa aplicación del deducible y el coaseguro establecido en la tabla de beneficios y según los gastos usuales y acostumbrados.

CLAUSULA III.8 - REVISION DEL VALOR DE LA PRIMA

Como consecuencia de aumento en los costos de las prestaciones médico-asistenciales y/o administrativas, “La Compañía” podrá modificar las primas (tarifas) anualmente, previa justificación y autorización de la Superintendencia de Bancos y Otras Instituciones Financieras, notificando oportunamente a “El Contratante” o “Asegurado Titular”, antes de que dichos aumentos surtan efecto.

CLAUSULA III.9 - SERVICIOS NO RECONOCIDOS

Se denominan servicios no reconocidos, aquéllos que se utilizan fuera del contexto de estas condiciones generales, y/o los que no se contemplan dentro de la Tabla de Beneficios (Adendo "A") del Seguro Hospitalario, tales como:

- a) Gastos producidos durante período en mora, por incumplimiento en el pago de la prima correspondiente (Cláusula III.5).
- b) Incumplimiento de Períodos de Espera (Cláusula IV.4 – Períodos de Espera).
- c) Exceso de Gastos según Cobertura del Plan.
- d) Prestaciones de Servicios No Cubiertos (Cláusula IV.5 - Servicios No Cubiertos).
- e) Servicios quirúrgicos programados o no considerados de emergencia que no sean pre-certificados y autorizados por "La Compañía" o los Proveedores de Servicios que ésta designa en Cláusula X.4.1 inciso (b).
- f) Toda prestación de servicios realizada fuera de la cobertura geográfica indicada.
- g) Cualquier servicio no contemplado como beneficio o excluido en la presente.

Esta enumeración es enunciativa y no impositiva. Los servicios no reconocidos utilizados, se analizarán por la "Auditoría Médica" de "La Compañía", si ésta decide que estos servicios no serán cubiertos por el Seguro Hospitalario, el pago o reembolso no será responsabilidad de la misma.

CLAUSULA III.10 - ACTUALIZACION DE DATOS

"El Asegurado Titular" deberá notificar fehacientemente por escrito a "La Compañía", toda futura modificación de los datos consignados en la solicitud de ingreso, condiciones particulares, cuestionario medico, autorización y declaración como pueden ser: cambio en la modalidad de pago, cambio de entidad bancaria, cambio de domicilio y/o teléfono, inclusión o exclusión de beneficios opcionales, cambio de categoría, etc., en cuyo caso "La Compañía", emitirá el adendo de modificación correspondiente y se adherirá a esta Póliza, tal como se prescribe en la Cláusula IV.7 (Modificaciones).

CLAUSULA III.11 - CAMBIO DE PLAN

La solicitud de cambio de plan médico asistencial, podrá realizarse llenando el formulario correspondiente ya sea personalmente, por solicitud escrita o por correo. Una vez aprobada la solicitud, el cambio de plan entrará en vigencia a los treinta (30) días posteriores a su aceptación por "La Compañía".

"La Compañía", se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier cambio de plan solicitado. En caso de ser aceptada por "La Compañía", "El Asegurado Titular" no podrá solicitar otro cambio de plan, durante los doce (12) meses siguientes a la fecha de aceptación de su solicitud de cambio.

Si se tratare de cambio de un plan, con similar cobertura y cuya fecha de vigencia termina, el día inmediato anterior, al inicio de vigencia del Seguro Hospitalario, una vez aprobada la solicitud, "El Asegurado Titular" mantendrá los beneficios ganados en su plan anterior, tales como: periodo de antigüedad para efectos de preexistencia (Cláusula III.3), exclusión de exámenes de diagnósticos o fotocopia de expediente clínico a cambio de examen médico realizado por médico de la red de proveedores, continuidad en beneficios de salud diagnosticados, durante el periodo de vigencia del plan anterior (aplica única y exclusivamente para asegurados cubiertos bajo cualquiera de los planes de ProSalud) y exclusión de los Períodos de Espera (Cláusula IV.4).

Si se trata de un cambio de plan, con menor cobertura que las que cubre el Seguro Hospitalario, el asegurado deberá cumplir con los requisitos de elegibilidad y una vez aprobada la solicitud, "El Asegurado Titular" mantendrá los beneficios reconocidos en su plan anterior (ver restricciones establecidas en cambios de planes de similar cobertura), debiendo cumplir con los períodos de espera establecidos en la Cláusula IV.4, para poder optar a los servicios y coberturas del Seguro Hospitalario.

CLAUSULA III.12 - SUSTITUCION DEL ASEGURADO TITULAR

El presente convenio caducará de pleno derecho por fallecimiento del "Asegurado Titular", al finalizar el período de vigencia de la Póliza establecido en las condiciones particulares. En cuyo caso los miembros del grupo familiar, con capacidad legal para contratar, podrán concertar una nueva afiliación para optar a continuar la cobertura y no perder su antigüedad en "La Compañía".

Cuando por cualquiera otra causa justificada el "Asegurado Titular" desee ser sustituido, deberá gestionarlo en las oficinas de "La Compañía", con una antelación de treinta (30) días.

CLAUSULA III.13 - ANULACION DEL CONTRATO

El convenio suscrito entre “La Compañía” y “El Asegurado Titular”, no podrá ser rescindido en forma unilateral por “La Compañía” sin mención de causa alguna, salvo en el caso de falta de pago (Cláusula III.5 – Pago de Prima), reticencia, información fraudulenta y/o uso indebido de las Tarjetas Personales.

Si fuere “El Asegurado Titular” quien tramitare la anulación, deberá estar libre de toda deuda y presentarse personalmente a llenar la correspondiente solicitud de baja, que podrá obtener en las oficinas de “La Compañía”, a la que adjuntará las tarjetas personales que le hubieren sido entregadas así como las de los “Asegurados Dependientes”, con treinta (30) días de antelación a la fecha de tramitación de anulación; dicha cancelación se realizará por el valor a corto plazo, sin embargo dicho monto no podrá ser menor al valor de erogaciones efectuadas por la Compañía.

La aceptación de la baja por parte de “La Compañía”, no implica la cancelación de los gastos realizados por “El Asegurado Titular” y/o sus dependientes, con antelación a la misma, que no hayan sido ajustados a las disposiciones de las presentes condiciones generales y particulares, motivo por el que dichos gastos podrán ser reclamados con posterioridad siempre y cuando no excedan la prima anual del seguro, hallándose por lo tanto facultado el acreedor a percibirlos mediante una acción judicial ejecutiva.

Ante situaciones en que medie trato agravante u ofensivo de palabra o de hecho al personal de proveedores afiliados, utilización de la tarjeta personal por personas distintas a las personas debidamente autorizadas, o cualesquiera otras irregularidades, que engendren responsabilidad a “El Asegurado Titular” y/o su grupo familiar, “La Compañía” se reserva el derecho de hacer uso de las facultades que surgen de estas condiciones generales, que pudieran concluir en la cancelación de la Póliza.

Si las circunstancias en lo referente a ocupación, residencia habitual y hábitos personales, con las cuales se inició el Seguro Hospitalario y que dieran base para la evaluación del riesgo, fueran agravadas por “El Asegurado Titular”, por el cambio de una circunstancia esencial y alteren la evaluación del riesgo en sus primeros cinco (5) años de vigencia, este Contrato será anulado, cesando a la fecha toda obligación futura de “La Compañía”.

Titulo IV

SEGURO HOSPITALARIO

CLAUSULA IV.1 – BENEFICIOS

Los beneficios que más adelante se especifican, serán otorgados siempre que se hayan cumplido los períodos de espera respectivos (Cláusula IV.4) y que el pago de la prima se encuentre al corriente. **Los beneficios se basan en la atención por el Proveedor Preferencial Designado y la posibilidad de elección dentro de la red de profesionales y/o centros asistenciales preferidos indicados por “La Compañía”** (Cláusula I.4 – Red de Proveedores Preferidos). La prestación se hará efectiva con la presentación de la Tarjeta Personal de Seguros América, S.A (Cláusula II.1).

También a través de otros proveedores (Cláusula I.5), se ofrece la posibilidad de elegir libremente al profesional y/o centros asistenciales, con y/o donde se desee ser atendido. Los honorarios y gastos incurridos se gestionarán por medio de reintegros según la cobertura que corresponda, los cuales reconocen un tope equivalente al monto regulado por prestación y un límite al monto máximo anual en los costos incurridos. Estos montos se consideran según su correspondiente actualización y deducibles y/o coaseguro fuera de red, en los casos que aplique.

Asistencia medica por emergencia y los siguientes servicios que se indican a continuación, serán proporcionados por los proveedores de servicios que “La Compañía” establece en la Cláusula X.4.1 inciso (b).

CLAUSULA IV.2 – GASTOS ELEGIBLES

El Seguro Hospitalario pagará los gastos médicos cubiertos, necesarios y razonables hasta la cantidad máxima asegurada según el plan elegido por persona y por año póliza, para todos los casos, la cobertura finalizará al alcanzar la edad de los 95 años o al acumular el monto máximo a indemnizar por persona y vitalicio, lo que ocurra primero, [ver exclusión en Cláusula IV.5 – Servicios No Cubiertos, literal (ag)], por reclamaciones incurridas por motivo de accidentes o enfermedades que se detallan en Adendo “A” - Tabla de Beneficios anexo a esta Póliza, menos el deducible y/o coaseguro que correspondan con respecto a :

- a) Los honorarios de un médico proveedor, los de cirujanos y especialistas a quienes haya referido el médico tratante durante la hospitalización;
- b) Los costos de medicinas y utensilios médicos, utilizados o prescritos por el médico tratante o los especialistas mencionados en el literal (a) de esta cláusula durante el internamiento; y
- c) El costo de habitación y comida en el hospital (Hotelería);

CLAUSULA IV.3 – DEFINICIONES CONCEPTUALES

Los términos que se detallan en los beneficios, se refieren exclusivamente a lo siguiente:

IV.3.1 EL HOSPITAL: Empresa establecida en el territorio de Nicaragua, legalmente licenciada y registrada en el Centro de Regulación de Médicos y Centros Médicos del Ministerio de Salud, como institución de internamiento médico o quirúrgico, que conste con instalaciones diagnósticas, quirúrgicas y de servicios de salud, donde pueda darse tratamiento a enfermedades, dolencias agudas o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, sanatorio, institución de rehabilitación, centro de convalecientes, o asilo de ancianos. Deberá estar, bajo la constante supervisión de un médico residente o especialista, autorizado para ejercer la medicina.

IV.3.2 RECLUSION EN EL HOSPITAL: Admisión de “El Asegurado” como paciente interno, para tratamiento que requiera una estancia mayor a 24 horas dentro del hospital. Se considera como readmisión en un hospital, la reclusión de “El Asegurado” como paciente interno, siempre que ésta tenga lugar dentro de noventa (90) días después de alta de un hospital, para el tratamiento del mismo padecimiento o dolencia relacionada con él.

IV.3.3 SERVICIOS DE HOSPITAL: Tratamientos médicos necesarios ordenados por un médico licenciado, que se proporcionan a las personas Aseguradas, que hayan ingresado como paciente en el hospital. Los servicios hospitalarios incluyen los servicios proveídos, ordenados y/o recomendados por un médico licenciado tratante.

IV.3.4 MEDICO o DOCTOR: Se refiere a cualquier persona, debidamente acreditada y licenciada para practicar la medicina y/o cirugía. Siempre, que se actúe dentro de los parámetros establecidos, en la profesión y si hay beneficios previstos, el término médico o doctor, se aplicará también a personas licenciadas en Odontología.

IV.3.5 PACIENTE INTERNADO: Paciente que haya sido admitido, bajo petición médica, principalmente para tratamiento en cama en un hospital, por un periodo no menor de veinticuatro (24) horas continuas.

IV.3.6 ENFERMEDAD: Las dolencias o desordenes cuyos síntomas iniciales se manifiestan después de la fecha de efecto de esta Póliza.

IV.3.7 ENFERMEDAD CRITICA: Por enfermedad crítica se entenderá el diagnóstico o padecimiento de una enfermedad potencialmente fatal, en cuyo caso el Seguro Hospitalario amparará los gastos derivados de atenciones ambulatorias subsecuentes relacionados directamente a dicha enfermedad, la cual requirió internamiento hospitalario o realización de un procedimiento quirúrgico bajo el amparo de la póliza. Las enfermedades críticas cubiertas son las siguientes:

- Condiciones que requirieron una Neurocirugía, incluyendo accidentes Cerebro-vasculares por trombosis y/o hemorragia en un o por un vaso sanguíneo intracraneal o de la médula espinal, Traumatismos y/o Fractura del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.
- Condiciones que requirieron una cirugía cardíaca y/o angioplastia.
- Tratamientos de Cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia ambulatoria.
- Trasplante de Órganos.
- Condiciones que requirieron una cirugía ortopédica, incluyendo la rehabilitación derivada de la misma hasta un máximo de 30 sesiones al año póliza.
- Insuficiencias Renales Aguda o Crónica e Insuficiencia Hepática.

IV.3.8 ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Enfermedad contagiosa, causada por parásitos, bacterias, protozoos u hongos, cuyos síntomas se manifiestan, después de la fecha de efecto de esta Póliza.

IV.3.9 LESION: Cualquier daño corporal causado por accidente ocurrido dentro del período de la Póliza.

IV.3.10 ACCIDENTE: Todo suceso repentino e imprevisto, que ocurra dentro del período de la Póliza, que resulte en lesión corporal, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo de la víctima, fuera del control de la misma, repentina y fortuita.

IV.3.11 EMERGENCIA: Cualquier condición o lesión causada por accidente o enfermedad, está última ya sea aguda o crónica, que requiera atención médica urgente, o que haga que la vida de “El Asegurado” corra riesgo y que se requiera el internamiento hospitalario para dar tratamiento necesario a “El Asegurado”. Será cubierta como tales las enfermedades detalladas a continuación:

“Convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensivas, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotórax, crisis asmática), gastrointestinal (gastroenteritis, sangrados, hemorragias, vísceras perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación, desmayos, intoxicaciones alimenticias o medicamentosas, reacción alérgicas, shock anafiláctico, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, hematuria, retención urinaria, falla renal aguda, crisis de migraña aguda”.

Podrán ser evaluadas como emergencias otras enfermedades no mencionadas, siempre y cuando se encuentre en peligro la vida de “El Asegurado”. Por otro lado, es importante señalar que los casos de menores de edad que sean atendidos en el cuarto de urgencia, serán evaluados de acuerdo al cuadro clínico que indique el médico tratante, la hora de atención y la edad del paciente.

IV.3.12 EPIDEMIAS: Enfermedad declarada por el ente gubernamental, apropiada como infecciosa, que ataca a un tiempo a gran número de personas, cuyos síntomas se manifiestan después de la fecha de efecto de esta Póliza.

IV.3.13 EXAMEN MEDICO DE INSCRIPCION O RENOVACION: El estudio o chequeo médico (cuando aplique), por persona solicitante, el cual comprenderá: consulta médica y exámenes auxiliares de diagnósticos.

IV.3.14 CONSULTAS: Encuentro entre médico y su paciente para deliberar sobre el posible diagnóstico y/o su tratamiento. Dicho encuentro, puede ser en consultorio particular, en domicilio o en clínicas, recurriendo al listado de la Red de Proveedores Preferidos seleccionados por “La Compañía”. Las consultas serán hasta las coberturas establecidas en el Adendo “A” Tabla de Beneficios.

Si “El Asegurado”, optare por ser atendido por otros proveedores, se hará cargo del honorario correspondiente y “La Compañía”, reintegrará el importe según las condiciones generales, topes, deducible y coaseguro establecidos en el Seguro Hospitalario. Los casos que sobrepasen dichos topes, serán considerados y/o revisados por la Auditoría Médica de “La Compañía”.

IV.3.15 GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: se refiere al cargo por atención médica que se considera razonable hasta el límite acostumbrado y que no exceda el nivel general de cargos hechos por un servicio médico de carácter similar en la localidad donde el cargo es incurrido, cuando se compara con suministro o tratamientos iguales, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo y de edad, por la lesión o enfermedad similar.

IV.3.16 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO: El Seguro Hospitalario, brinda asistencia médica durante el internamiento médico o quirúrgico en los siguientes rubros:

- Atención de medicina general o de especialidades durante el internamiento;
- Pruebas de Laboratorio, incluyendo Patología, Microbiología y Parasitología; estudios radiológicos, incluyendo con o sin contraste, Múltiple exposiciones, Mamografías, Resonancia Magnética, CT Scan, Ultrasonido, Ecocardiograma, Electrocardiograma, Electroencefalograma, Endoscopia y Proctoscopia, cualquier otro estudios especiales necesarias durante la hospitalización;
- Quimioterapia (sujeto a Pre certificación Médica); y
- Terapia Radiante, hasta 30 sesiones anuales por persona (sujeto a Pre certificación Médica).

IV.3.17 SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGIA (Exámenes auxiliares de diagnóstico durante la hospitalización): Se incluyen los análisis de laboratorio médicamente necesarios y los exámenes de medicina nuclear y radiografía usados para diagnosticar y tratar ciertas condiciones médicas.

Los importes por costos de estos estudios serán reintegrados, de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados para el área geográfica, luego de haber cumplido con el deducible y/o coaseguro correspondientes. Para exámenes especiales con costo superior a \$150.00, éstos deben ser autorizados por la Auditoría Médica de “La Compañía”, para lo cual el asegurado o el hospital deberá remitir pre certificación debidamente completada por el Médico, en la que especifique estos exámenes, adjuntando indicación y justificación del estudio. Una vez autorizados, los mismos pueden ser llevados a cabo.

IV.3.18 TRATAMIENTO: Asistencia y cuidados prestados a un paciente durante la hospitalización, con la finalidad de combatir las enfermedades o los trastornos.

IV.3.19 MEDICINAS: Cualquier fármaco genérico o no.

IV.3.19.1 – Provisión de Medicamentos durante la Hospitalización

La prescripción y obtención de medicamentos oncológicos deberá ser consultada y Autorizada por la Auditoría Médica de “La Compañía”.

Como complemento a la asistencia médica para sus Asegurados, en los casos de Quimioterapia “La Compañía” otorga a través de los distribuidores farmacéuticos participantes, la provisión de los medicamentos recetados (Acápites IV.3.18 – Fármacos).

Las especialidades medicinales en las que rige la dispensación del medicamento, son todas aquellas comprendidas en el Vademécum de uso en Nicaragua, con excepción de los alimentos para bebés, sustancias alimenticias en general, medicamentos de venta libre, anoréxicos, anticonceptivos, medicamentos destinados a estudios radiológicos y de alta complejidad, y todo otro producto no ético.

IV.3.19.2 - Requisitos

Para hacer uso de este beneficio, “El Asegurado” deberá solicitar al Médico Tratante que en su recetario personal, incluya de su puño y letra, con la misma tinta y sin enmiendas, la prescripción, el nombre completo, el número y plan estipulado en las Condiciones Particulares y en la Tarjeta Personal

de El Asegurado (Cláusula II.1) y la fecha en que se extiende la receta, de manera que el hospital pueda proveer de tales medicamento y sea incluido en el detalle al momento de enviar el cobro de su estancia intrahospitalaria.

Asimismo, en aquellos casos en que el Médico Tratante, no utilice un recetario personal, que lleva impreso su nombre apellido y el número de Colegiatura, deberá utilizar indefectiblemente su sello aclaratorio bien legible, en el cual conste su nombre y número de Colegiatura.

El Médico no podrá recetar mas de tres medicamentos por receta, debiendo indicar además, el tamaño del envase requerido, puesto que de no ser así la farmacia extenderá aquel de menor cantidad. La receta tiene un plazo de uso de quince (15) días, a contar de la fecha de su emisión.

IV.3.19.3 – Venta bajo Receta Archivada

Para aquellos medicamentos de venta bajo receta archivada, la farmacia del hospital podrá exigirle a “El Asegurado”, un duplicado de la receta original.

IV.3.20 FARMACOS: Son los medicamentos ordenados por un médico cuya venta y uso están legalmente restringidos, sin incluir aquellos artículos que puedan ser adquiridos sin necesidad de receta médica. El monto máximo por este concepto se establece en el Adendo “A” - Tabla de Beneficios

a. Fármacos Genéricos: Medicamento comercializado bajo su estricto componente químico, es decir, no utilizan nombres de casas comerciales Farmacéuticas.

b. Fármaco No Genérico: Medicamento cuya comercialización, depende no solo de su componente químico, sino básicamente de su nombre comercial.

IV.3.21 INTERNAMIENTO: “La Compañía” cubre los gastos por internamiento clínico y/o quirúrgico en habitación u hotelería hasta el máximo descrito en el Adendo “A” Tabla de Beneficio. Este concepto se extiende a los costos de cualquier servicio regido por el tipo de habitación utilizada tales como sala de operaciones, derecho de anestesia y sala de recuperación.

Bajo la modalidad, de utilización de la Red de Proveedores Preferidos de “La Compañía”, aplica hasta los límites de coberturas por Internamiento Hospitalario, ya sea de origen clínico o quirúrgico, establecidos en el Anexo A “Tabla de Beneficios”.

IV.3.22 DERECHOS OPERATORIOS: Comprenden derechos de cirugía, sala de operaciones, anestesia, monitoreo y hemoterapia, con excepción de lo establecido en las cláusula IV.3.19 Internamiento.

IV.3.23 CIRUGIA: Los honorarios del equipo quirúrgico dentro de la Red Proveedores Preferidos de “La Compañía”, serán indemnizados en su totalidad directamente al proveedor de red cuando el equipo médico tratante sea personal de planta del mismo y que los costos estén sujetos a los precios de convenio, en caso contrario, los reintegros serán de acuerdo a los costos usuales y acostumbrados en el ámbito en que se efectuó dicha cirugía después de haber cumplido con deducible y/o coaseguro correspondiente. Esto aplica también para los casos de cirugía estética reconstructiva u odontológica, si y sólo si, son consecuencia de accidente.

IV.3.24 SEGUNDA OPINION QUIRURGICA REQUERIDA: Es requerida siempre que un cirujano calificado recomienda que “El Asegurado” reciba procedimiento quirúrgico no de emergencia. “El Asegurado”, debe obtener una segunda opinión quirúrgica, por la cual “La Compañía” paga el cien por ciento (100%), y puede hacerse comunicándose directamente con “La Compañía” o los Proveedores de Servicios nombrados en Cláusula X.4.1. En caso de que la segunda opinión no sea afirmativa, “La Compañía” también pagará el cien por ciento (100%) de una tercera opinión. Sí la segunda o tercera opinión confirman la necesidad de cirugía, “La Compañía” pagará los gastos de acuerdo a los Beneficios según las condiciones generales y coberturas estipuladas en el Adendo “A” Tabla de Beneficios.

IV.3.25 CONSULTORIOS MEDICOS: En este plan “La Compañía” no reconoce cualquier gasto generado por atenciones brindadas de forma ambulatoria, sean estas en consultorios médicos de clínicas u hospitales, dados por médicos o de especialidades. Exceptuando lo establecido en el Tabla de Beneficio, Beneficios Adicionales “Enfermedades Críticas”.

IV.3.26 COBERTURA DE ESPECIALIDADES: Se denominan prestaciones de especialidades las siguientes:

- a) Todas las ramas en la medicina que no sean: medicina general, medicina interna, pediatría, medicina familiar, ginecología y oftalmología.
- b) Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) y Unidad Coronaria (U.C.); bajo la modalidad de otros proveedores, están sujetos a topes diarios y hasta el límite anual de cobertura estipulado en el Adendo “A” (incluye: internamiento, derechos de clínica, exámenes auxiliares de diagnósticos, medicamentos).
- c) Cirugía Cardiovascular y Hemodinámica. La cobertura comprende honorarios quirúrgicos y clínicos, kinesiológicos y técnico perfusionista.

IV.3.27 SERVICIO DE EMERGENCIA: Funciona todos los días durante las veinticuatro (24) horas, incluso los feriados, de conformidad con lo descrito en los acápites IV.3.8, IV.3.9 y IV.3.10 (Lesiones, Accidentes y Emergencias respectivamente), cuando la atención del mismo precede un internamiento hospitalario. Queda expresamente prohibida la utilización de este servicio para la atención de personas no inscritas en el Seguro Hospitalario. “El Asegurado Titular”, será el responsable directo de dicha contravención y deberá abonar los gastos que el ocasione a “La Compañía”.

En caso contrario, “La Compañía” podrá hacer uso de las facultades conferidas para obtener el cobro compulsivo de cualquier suma de dinero adeudado (Cláusula III.9).

IV.3.28 TRASPLANTE DE ORGANOS: Cubre los costos hasta el monto máximo anual disponible por persona, que resulten por el trasplante de los siguientes órganos: riñón, córnea, hígado, huesos, piel (para injertos), corazón, pulmón, médula ósea alogénica y autóloga. Ningún otro tipo de trasplante será cubierto. También incluye los gastos por exámenes de compatibilidad, médicos y quirúrgicos e internamiento hospitalario para el Donante (Acápites IV.3.31.5), sujeto a lo prescrito en el Adendo “A” y su procedimiento respectivo.

IV.3.28.1 – Servicios de Trasplante

Los beneficios por Trasplante de Organos, se pagarán tal como se indica en la Cláusula IV.2 (Gastos Elegibles), y en la Cláusula que precede, de acuerdo con lo siguiente:

- (a) Todos los servicios de trasplante, incluyendo los médicos, procedimientos, servicios y las entidades donde se efectúen los trasplantes, requerirán ser parte de la Red de Proveedores de acuerdo a Cláusula I.4 y también estarán sujetos a todas las condiciones de esta cláusula. Los procedimientos de trasplantes estarán sujetos, en adición a los requerimientos anteriores, a los requerimientos del Programa de Control de Costos (PCC), (Título IX).
- (b) “El Asegurado” o un representante actuando en su nombre, estarán obligados a ponerse en contacto con “La Compañía”, inmediatamente después de haber sido identificado por su médico, como candidato para un Trasplante. “El Asegurado”, de acuerdo a Cláusula IV.3.23, estará obligado a obtener una segunda opinión de un médico especialista en ese ramo, entre aquellos médicos Consultores (Cláusula IV.3.27) de la Red de Proveedores (Cláusula I.4).

IV.3.28.2 – Gastos elegibles para Trasplante

Los gastos médicos cubiertos incurridos por Trasplantes (Cláusula IV.3.31) incluyen, pero sin estar limitados, a los gastos elegibles y permitidos, incurridos por los tratamientos, servicios y/o suministros requeridos, por o en relación con un Trasplante cubierto bajo esta Póliza, tales como :

- a) Servicios Médicos;
- b) Internamiento en un Hospital, Clínica o Centro de Trasplante;
- c) Obtención de Organos Cubiertos (pero no el costo de un Órgano);
- d) Medicinas proporcionada durante la hospitalización o recetas medicas para uso en casa;
- e) Evaluación de pacientes en consulta pre operatoria y los cuidados pos-operativos.

Se pagarán beneficios, hasta un Límite de dos (2) trasplantes por vida de “El Asegurado”. El trasplante de dos (2) órganos realizado en una misma sesión de cirugía, será considerado como un único trasplante. Los gastos por un procedimiento de re-trasplante, (un segundo trasplante que se efectúa a continuación de un trasplante inicial que fracasó), serán cubiertos únicamente bajo la decisión de “La Compañía”.

IV.3.28.3 – Trasplantes elegibles

Los siguientes procedimientos quirúrgicos de trasplante, son los únicos que están amparados, por esta Póliza de Gastos Médicos.

- a) Corazón; Corazón y Pulmón combinados; Riñón; Cornea; Hígado; Hueso; Piel (para injerto) o para cualquier otro propósito médicamente necesario.
- b) Médula Ósea Autóloga, para:
 - 1) Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B;
 - 2) Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B;
 - 3) Neuroblastoma, estado III o IV;
 - 4) Leucemia no Linfocítica aguda, después del primer o segundo relapso.
- c) Medula Ósea Alogénica, para:
 - 1) Anemia Aplástica;
 - 2) Leucemia aguda;
 - 3) Inmunodeficiencia combinada severa;
 - 4) Síndrome de Wiskott-Aldrich;
 - 5) Osteopetrosis Infantil Maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada);
 - 6) Leucemia Mielógena Crónica;
 - 7) Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un (1) año;
 - 8) Beta Talasemia Homocigote (Talasemia mayor);

- 9) Linfoma de Hodgkin, estado III o IV.

IV.3.28.4 – Limitaciones y Exclusiones

Los beneficios por procedimientos de trasplantes, están sujetos a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de las condiciones generales de la Póliza (Cláusula IV.5). Relacionadas con el procedimiento de trasplantes, únicamente se especifican las siguientes exclusiones.

Para un procedimiento de trasplante, no se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o artículo, cuando:

- a) No haya sido aprobado previamente por Seguros América, S.A o en cualquier forma relacionado con un Trasplante, que no este específicamente nombrado como un Trasplante Cubierto, (Cláusula IV.3.28.3);
- b) Proporcionado por o en relación con una condición preexistente, de acuerdo con la Cláusula III.3, o de naturaleza Experimental o de investigación (Cláusula IV.5), o un procedimiento enteramente electivo, según la definición prescrita por el American Medical Association (AMA) o la Organización Mundial de la Salud (OMS);
- c) Exista y se encuentre disponible un tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo, para el tratamiento de la condición, o enfermedad de “El Asegurado”;
- d) Proporcionado por o como resultado de un Trasplante en el cual se provee al receptor (de acuerdo a la definición en la Cláusula IV.3.28, con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos; o
- e) Proporcionado por o en relación con un segundo procedimiento de trasplante, llevado a cabo después de haberse realizado un primer Trasplante, efectuado con anterioridad a la fecha efectiva de vigencia (estipuladas en las Condiciones Particulares de la Póliza) bajo este Seguro Hospitalario y el cual ha fracasado.

IV.3.28.5 – Definiciones

En relación con beneficios por Trasplante, las siguientes definiciones aplicaran:

Centro de Trasplante: Hospital que satisface los requerimientos de Seguros América, S.A., para ser considerado un Centro de Trasplante. Tales Requerimientos incluyen, pero sin estar limitados, lo siguiente:

- a) Proporcionar servicios completos de trasplantes, incluyendo pero sin estar limitados a tener:
 1. La capacidad para proporcionar un tratamiento continuado;
 2. Certificación de las instituciones oficiales;
 3. Una satisfactoria experiencia en procedimientos del Trasplante en cuestión;
- b) Requiera un mínimo de dos (2) años para obtener la certificación, de cirujano en la rama de Trasplantes.

Donante: Persona que se somete a un procedimiento quirúrgico, con el propósito de donar un órgano de su cuerpo, mediante una cirugía de Trasplante.

Electivo: Relacionado con un Trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía, el cual:

- a) No es médicamente necesario, tal y como se define este término; y
- b) No es la única alternativa para lograr que “El Asegurado”, tenga la posibilidad de tener una vida normal a pesar de la enfermedad o condición de la cual sufre.

Experimental o Investigativo: Relacionado con un Trasplante, procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento que:

- a) No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y/o apropiado para el tratamiento de una enfermedad, o condición por el American Medical Association (AMA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS);
- b) Se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación);
- c) Cuyo uso haya sido restringido, a estudios científicos o de investigación clínica; o
- d) Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva.

NOTA: El Asegurado deberá contactar Seguros América, S.A. para aclarar dudas de tratamientos, o procedimientos, que puedan estar en etapa investigativa.

Órgano: Parte del cuerpo humano que realiza una función específica.

Receptor: Asegurado que se somete a un procedimiento quirúrgico, con el propósito de recibir un órgano en su cuerpo, mediante una cirugía de trasplante.

Tejido: Grupo de células similares y especializadas, las cuales forman un órgano o sistema, y llevan a cabo una función determinada en el organismo.

Trasplante: Procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras los beneficios de El Asegurado bajo esta póliza de Gastos Médicos están vigentes, y durante el cual:

- a) Uno o más órganos de un donante (vivo o fallecido), es (son) transferido(s) quirúrgicamente a un Asegurado, el cual es el receptor; o
- b) Se usa un Tejido proveniente de:
 - 1) Un donante vivo o fallecido; o
 - 2) Del mismo Asegurado y se trasplanta quirúrgicamente a otra parte de su anatomía.

IV.3.29 BENEFICIOS ADICIONALES: La asistencia médica por emergencia y los servicios que se indican a continuación, serán proporcionados por “La Compañía” o los Proveedores de Servicios que ésta designe.

a. Referencias médicas: Proveer información médica anticipada a sus asegurados, que incluyen médicos locales multilingüe y las direcciones y teléfonos de hospitales. “El Asegurado” tiene que hacer la solicitud con cinco (5) días laborales de anticipación a si se tratara de un procedimiento programado.

b. Asistencia e Información Médica las 24 horas: Obtener durante 24 horas al día los servicios del sistema de emergencia médica, que podrá ser contactado para evaluaciones y referencias, y/o obtener nombres de médicos y especialistas en la red de los proveedores de Servicios, en el área correspondiente.

c. Asistencia en asistencia médica: Asistir a los Asegurados en la coordinación de sus atenciones durante un internamiento cuando este se de en un hospital proveedor de red.

CLAUSULA IV.4 - PERIODOS DE ESPERA

Los Períodos de Espera, rigen a partir de la fecha de ingreso al Seguro Hospitalario, de acuerdo con lo siguiente:

- a) **Dentro de los Primeros ciento veinte Días:** la Cobertura se limita exclusivamente a la atención que se requiera como consecuencia directa de accidentes y/o emergencias médicas. Los servicios que incluyen consultas médicas, medicamentos en farmacias adheridas, atención y tratamiento de Emergencia (consulta, diagnóstico, tratamiento y internamiento, cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos, etc.).
- b) **A Partir de los Ciento Veinte Días:** Se cubren internamiento, cirugía, derechos operatorios (programada). Incluye: Unidad de Cuidados Intensivos, Terapia Intermedia (step-down unit), Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos. Se cubre cirugía cardiovascular y hemodinámica, únicamente mediante servicios proporcionados a través de la red de proveedores preferidos.
- c) **A partir del Segundo año:** Se cubren gastos por Internamiento, honorarios médicos, derechos operatorios, derechos de anestesia y cualquier gastos intrahospitalario para tratamiento de las siguientes cirugías: resección de quistes ováricos u ovarios poliquísticos; herniorrafias inguinal, hiatal y umbilical; histerectomía, amigdalectomía, cirugías de cornetes, hemorroidectomía, resección de quistes o fibromas mamarios, miomectomía.

CLAUSULA IV.5 - SERVICIOS NO CUBIERTOS

El Seguro Hospitalario, no cubre a “Los Asegurados”, los gastos resultantes de:

- a) Atenciones ambulatorias, incluyendo honorarios de médico, fármacos, exámenes de diagnóstico y cualquier otra terapia sea esta física u ocupacional.
- b) Enfermedades, incapacidades, patologías congénitas o no, e intervenciones quirúrgicas preexistentes a la fecha de ingreso, conocidas por “El Asegurado” y/o por cualquier médico que lo hubiera atendido, así como también sus complicaciones agudas ó intercurrentes. En el caso de Enfermedades, defectos o malformaciones congénitas, no estarán cubiertas a un cuando el asegurados desconozca que lo presenta, para lo cual la Compañía valorará la continuidad de cobertura bajo la póliza o la cancelación de la misma, debiendo reembolsarse al Asegurado la prima no devengada que corresponda.

- c) En accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, “La Compañía” se compromete a pagar o indemnizar gastos por enfermedades o lesiones sufridas por accidentes laborales sobre el exceso, es decir, lo que seguros obligatorios nacionales o pólizas de seguro, que para tal fin pueda tener una empresa en particular.
- d) Alcoholismo, toxicomanías e intoxicaciones autoprovocadas consciente o inconscientemente, (automedicación). De igual manera, todo accidente o problema originado u ocurrido mientras “El Asegurado” se encuentra bajo la influencia de agentes intoxicantes, como alcohol y/o drogas ilícitas.
- e) Diagnóstico y tratamientos de alteraciones mentales, nerviosas (psicodiagnóstico) y de trastornos psiquiátricos o psicológicos, como así también las lesiones que sobrevengan como consecuencia de cualquiera de los padecimientos mencionados.
- f) Cualquier reclamación causada directa o indirectamente de una muerte, lesión, enfermedad, gastos o cualquier responsabilidad, atribuible al Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) y/o la enfermedad causada por VIH, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA (CRS) y/o cualquier mutación o variación del VIH, sin importar cómo lo haya Adquirido.
- g) Reacciones nucleares, lluvias radioactivas y epidemias.
- h) Lesiones causadas como consecuencia de participación activa en guerra civil o internacional, declarada o no, insurrección o tumultos populares.
- i) Lesiones provocadas voluntariamente por “El Asegurado”, o las consecuencias de tentativas de suicidios o bien por participar en actos delictivos o criminales de las que sea responsable, aunque sea en forma parcial.
- j) Lesiones sufridas como consecuencia de participación en atletismo profesional, amateur o inter-escolar. Se excluyen deportes Vacacionales. Basándose en la “Regla del Hombre Prudente”, se negará el pago del reclamo si hubo riesgo excesivo o negligencia por parte de “El Asegurado”. Los deportes peligrosos o de alto riesgo, que incluye pero no se limita a: alpinismo, buceo, toda forma de deporte aéreo, salto de bungee, vuelo de planeador, paracaidismo, toda forma de carreras (exceptuando las pedestres) y todo deporte profesional. Así mismo, se excluirán los deportes, que impliquen un riesgo excesivo, debido a la falta de experiencia, falta de cuidado, o de conocimiento de condiciones peligrosas fuera de lo normal. Montar, como chofer o pasajero, una motocicleta (incluye dos, tres y cuatro ruedas) o “scooter”.
- k) Lesiones sufridas mientras “El Asegurado”, está envuelto o tomando parte, en operaciones Navales, Militares, Fuerza Aérea o Policial, o como miembro de un grupo paramilitar, participando en acciones bélicas.
- l) Procedimientos quirúrgicos, médicos y medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, crecimiento o rejuvenecimiento. Se exceptúa cirugía estética o reparadora electiva en caso de accidentes o tratamientos quirúrgicos posterior a un evento cubierto por esta póliza.
- m) Tratamiento u operaciones, que se hallan en etapa experimental y que aún no han sido reconocidos por Instituciones Oficiales y/o Científicas Nacionales y la Organización Mundial de la Salud.
- n) Homeopatía, Acupuntura, Quiropráctica y todas otras prácticas no autorizadas por la Organización Mundial de la Salud y ni por las normas nacionales establecidas; prestaciones médicas, paramédicas e internamientos no justificados, por la Auditoría Médica de “La Compañía”, como también, aquellos internamientos efectuados en forma ambulatoria.
- o) Gastos extras realizados dentro o fuera del internamiento, por acompañantes mayores de dieciocho (18) años, ambulancia no requerida, enfermería, diálisis peritoneal, kinesiología, terapia física y Fonoaudiología (excepto lo incluido en pensión clínica).
- p) Cosmetología, lentes de aros o de contacto, aparatos auditivos, cuidados, suministros o tratamientos para los pies, tales como zapatos ortopédicos, aparatos ortopédicos auxiliares recetados que se fijan a los zapatos o se colocan en ellos; tratamientos para pies débiles, cansados, planos, valgo, zambo, equino, inestables, hallux valgus, desequilibrados, metatarsalgia, genu varo, genus valgus; y tratamientos de callos, endurecimientos o uñeras.
- q) Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, así como cualquier gasto médico relacionado al tratamiento de esterilidad y fertilización, inseminación artificial, impotencia y/o frigidez.
- r) Cámara Hiperbárica (salvo en caso de quemaduras y/o accidentes graves).
- s) Enfermería particular, (salvo lo prescrito en el Adendo “A” - Tabla de Beneficios) y gastos de acompañantes.
- t) Pruebas que determinen retromecanismos hormonales y centellograffas para diagnóstico de infertilidad.

- u) Gastos cuyo objeto principal sea chequeo médico rutinario de carácter preventivo.
- v) Aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas y en general todo implemento permanente o eventual que supla una función natural del cuerpo humano, (Muletas, andarivel, cabestrillo etc.) salvo lo indicado en el Adendo "A" y en las Condiciones Generales de la Póliza.
- w) Enfermedades y tratamientos consecuencia de obesidad, o raquitismo, bulimia y anorexia.
- x) Consultas telefónicas o inasistencias a las citas concertadas.
- y) Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto al que "El Asegurado", tuviese derecho gratuitamente (salvo cuando sea la única opción en caso de accidente).
- z) Tratamiento por un profesional con parentesco familiar con "El Asegurado" hasta cuarto grado de consanguinidad y afinidad, a menos que éste sea Proveedor de Servicios Preferido por "La Compañía".
- aa) Servicios o tratamiento en instituciones de cuidados a largo plazo, balnearios, hidroclínica, centros de rehabilitación, sanatorios, centros de convalecencia o asilo de ancianos, que no estén definidos como hospitales y/o Proveedores de Servicios.
- bb) Cualquier condición preexistente, defecto físico, condición médica, ya sea aguda o crónica, que existía al momento de que el Contrato entró en vigor. Esta exclusión permanecerá en efecto según lo que determine la Auditoría Médica, pudiendo ser de por vida o temporalmente en dependencia de la enfermedad que declarase. Al final del periodo, "La Compañía" puede considerar, remover esta exclusión o parte de ella, para lo cual es imprescindible "El Asegurado" remita historia clínica completa sesenta (60) días antes de la fecha de renovación del contrato. En caso de no enviar dicha información la exclusión se extenderá por un periodo similar al indicado en la emisión de la póliza.
- cc) Servicios de Medicina Preventiva y Homeopática:
 1. Uso de vitaminas (incluyendo las neurotrópicas), reconstituyentes, minerales, vigorizantes, geriátricos, lagrimas naturales, hierbas, tratamientos naturistas y acupuntura, sean o no prescritos por un médico colegiado.
 2. Exámenes médicos generales, que incluyan consultas con o sin hospitalización, exámenes de laboratorios, rayos X, medicamentos, fisioterapia, vacunas o medicamentos no alopáticos que sean de carácter preventivo. Aquellos tratamientos que no tengan la finalidad de curar condiciones de enfermedad orgánica de base (Bloqueadores Solares, Cremas humectantes, Jabones medicados, lociones, etc.).
- dd) Desórdenes hormonales propios o no de la edad cronológica, tales como acné vulgares en cualquiera de sus formas, menopausia y/o climaterio, ovarios poliquísticos e irregularidades menstruales.
- ee) Reclamaciones relacionadas por concepto de compra o venta de equipos médicos fuera o no del hospital.
- ff) Reclamaciones a partir de la edad máxima de aseguramiento que es de 95 años de edad cumplidos o en exceso del máximo vitalicio del plan seleccionado.
- gg) Reclamaciones por concepto de transplante de órganos no humanos, órganos mecánicos o artificiales.
- hh) Gastos que no sean de naturaleza médica y cualquier crio-preservación e implantación de células vivas.
- ii) Cuidado y tratamiento para la pérdida o caída del cabello, incluyendo pelucas, transplante de cabello o cualquier medicamento, que ofrezca la salida de pelo, ya sea que el Médico lo recete o no.
- jj) Estudios Diagnósticos, honorarios médicos y tratamiento para desórdenes del sueño.
- kk) Cualquier gasto aplicado a mejoras en la casa, tales como filtros especiales, para aire acondicionado, baldosas, jacuzzis y piscinas, sea que lo recete un médico o no.
- ll) Embarazo o perdida de este y las secuelas relacionadas con el mismo.

CLAUSULA IV.6 – REINTEGROS

Para gestionar la tramitación, de los reintegros que pudieren corresponder, “El Asegurado” deberá dar cumplimiento a lo siguiente:

IV.6.1 Requisitos:

- a) Presentación de la Tarjeta Personal, del Seguro Hospitalario de Seguros América, S.A.
- b) Haber pagado el período en curso. No se considerará reintegros en períodos en que “El Asegurado” se encuentre en mora.
- c) Presentar debidamente completado el Formulario de Reclamos correspondiente, documento que se encuentra disponible en las oficinas de “La Compañía”.
- d) Exhibir los comprobantes que se detallan en el acápite IV.6.2, sin enmiendas entre líneas, tachaduras o raspaduras.
- e) Presentar los comprobantes dentro de los noventa (90) días de realizada la prestación; vencido dicho plazo, caduca la posibilidad para el reintegro.
- f) Los plazos vigentes para hacer efectivo para el reintegro por parte de “La Compañía”, salvo dictamen contrario de Auditoría Médica, se efectuarán dentro de los subsiguientes quince (15) días laborables, luego de haberse recibido la documentación completa.

Si los comprobantes presentados para el reintegro, estuviesen incompletos o “La Compañía” requiriese información complementaria, “El Asegurado” tendrá cuarenta y cinco (45) días calendarios, para subsanar la omisión o suministrar la información adicional requerida.

IV.6.2 Comprobantes:

- a) **Honorarios Médicos:** Receta médica para cada prestación en la que se indique el nombre completo de “El Asegurado”, Edad, documento de identidad nacional, diagnóstico y/o motivo; honorarios cargados por dicha prestación; tipo de visita (hospitalaria o consultorio); fecha, nombre completo del médico tratante, número de colegiatura médica y firma del proveedor. En caso de tratarse de honorarios devengados por una intervención quirúrgica, agregada a los datos consignados, presentar el desglose de dichos honorarios respecto del equipo profesional interviniente y un resumen de la Historia Clínica. En el caso de recibos por honorarios médicos, éstos deberán ser emitidos a nombre de “El Asegurado”.
- b) **Internamiento:** Factura desglosada de la clínica: pensión clínica; derecho operatorio; Prácticas y/o estudios realizados, Factura o recibo de pago con membrete de la Institución que la efectuó y resumen de historia clínica,

Se debe incluir:

Exámenes de diagnóstico y tratamiento: Detalle de Práctica y/o estudio realizado, motivo que la justifica; breve resumen de la historia clínica; factura de la prestación desglosada, detalle de las prácticas médicas; resultados de estudios de radiología y pruebas de laboratorio.

Exámenes Especiales: previa autorización por la Compañía, se requiere en los casos de terapia radiante, tomografía computarizada, resonancia magnética o cualquier estudio que tenga un costo mayor a \$150.00, debiendo presentar receta del médico tratante y factura o recibo de pago con membrete de la Institución que la efectuó así como resultado de dicho estudio.

IV.6.3 Coberturas por terceras partes: “El Asegurado” no tiene derecho a recibir una doble indemnización o compensación, por parte del Seguro Hospitalario, como tampoco de otro Seguro o Plan de Beneficios. “La Compañía” coordinará los pagos con otras compañías de seguro de acuerdo a la Cláusula IV.9. “La Compañía” tendrá derecho a proceder a su costa y en nombre del asegurado, contra terceros que pudieran ser responsables de proveer indemnización, o compensación similar a las del presente Seguro. “La Compañía”, tendrá pleno derecho de subrogación.

IV.6.4 Subrogación de Derechos: “La Compañía” tiene derecho a proceder por cuenta propia, a nombre de “El Asegurado”, contra terceros que puedan ser responsables de la ocurrencia de un reclamo cubierto por este Seguro, quedando la Compañía subrogada en todos los derechos del Asegurado.

La Compañía también conserva el derecho de recobrar del Asegurado cualquier monto o cantidades de dinero que aquella hubiese erogado por gastos abonados por ella y que el Asegurado hubiese recuperado por demanda legal, contra o con el tercero responsable o de un asegurador del tercero.

El Asegurado queda obligado a cooperar íntegramente con la Compañía en cuanto a obtener el pago de reembolso, así como también el de facilitar a la Compañía toda información que le sea requerida por ésta, dirigida a la recuperación de las sumas pagadas por la misma.

IV.6.5 Gastos producidos fuera de Nicaragua: No estará amparado ningún gasto realizado fuera del Territorio Nicaragüense

CLAUSULA IV.7 - MODIFICACIONES

“El Asegurado” recibirá comunicación de la notificación de Renovación por escrito, con quince (15) días de anticipación, con las modificaciones realizadas, las cuales podrán consistir en variación en prima del seguro de acuerdo con la experiencia de la póliza, actualizaciones de beneficios y reintegros, modificación en la nómina de prestadores o incorporación de beneficios adicionales a las condiciones generales, que alteren su presente Póliza y que para ser válidas deberán contar con la aprobación de “El Asegurado”, previo a autorizar la renovación y “La Compañía” dejará constancia por medio de adendo debidamente firmado por sus funcionarios autorizados.

CLAUSULA IV.8 - RESPONSABILIDAD POR DAÑOS DE TERCEROS

Dada la libre condición de agente independiente de “La Compañía Aseguradora”, extensivo a todos los funcionarios que laboran directa o indirectamente con ellos, quedarán eximidos de toda responsabilidad, por mala práctica médica, daños y perjuicios causados a cualquier persona inscrita en el Seguro Hospitalario en referencia, que pudiera dar lugar los servicios médicos prestados, de aquellos proveedores médicos y/o centros asistenciales, así como de todas las empresas proveedoras de servicios designados por Seguros América, S.A.

CLAUSULA IV.9 – DUPLICIDAD DE COBERTURA

En caso de que “El Asegurado”, tenga en vigor otra Póliza que otorgue beneficios similares a los que proporciona el Seguro Hospitalario, o bien sea amparado por cualquier tipo de seguro obligatorio de acuerdo con las leyes de la republica de Nicaragua, o bien por la obligatoriedad de terceros de responder por daños o lesiones causadas al Asegurado, el Seguro Hospitalario solamente indemnizará los gastos amparados en exceso de los beneficios recibidos por las otros seguros o terceros, de tal forma que la indemnización conjunta no exceda del cien por ciento (100%) de los beneficios cubiertos reclamados, (acápites IV.6.3). “La Compañía” tiene total derecho de ejercer la subrogación (acápites IV.6.4).

Si por error u omisión un mismo asegurado estuviese cubierto por dos o más pólizas de Gastos Médicos o Seguro Hospitalario emitidas por Seguros América, S. A., es entendido que los seguros emitidos a nombre de este asegurado serán cancelados y solamente tendrá valor el primero que se hubiere emitido, de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza.

Por su parte “La Compañía” procederá a la cancelación de los seguros duplicados y devolverá al contratante las primas correspondientes, liquidando el importe correspondiente a partir de la fecha en la que se haya producido la repetición.

Título V

LOS PROVEEDORES

CLAUSULA V.1 - RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR DESIGNADO POR SEGUROS AMERICA, S. A.

La prestación médico-asistencial, brindada a través de los servicios proveídos por “La Compañía”, se desarrolla de acuerdo a los lineamientos de la actividad privada, en consecuencia, la responsabilidad de tal prestación correrá por cuenta exclusiva del profesional y/o ente asistencial actuante de acuerdo a la Cláusula IV.8. “El Asegurado” podrá denunciar por escrito a “La Compañía”, las posibles irregularidades que detectare en el devenir de la prestación; ésta evaluará el requerimiento y tomará las medidas que correspondan.

CLAUSULA V.2 - ESPECIALIDAD DE LOS MEDICOS AFILIADOS

El listado de profesionales proporcionado a “El Asegurado” mediante adendo específico emitido por “La Compañía”, consigna la especialidad de cada uno de ellos para la que han sido contratados en forma exclusiva, no pudiendo por lo tanto, ejercer otra especialidad que no sea la especificada por “La Compañía”.

CLAUSULA V.3 - HISTORIAS CLINICAS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Son de propiedad exclusiva del médico tratante para su propia información, para responder a consultas de la Auditoría Médica de “La Compañía”, o cualquier uso que “La Compañía” designe necesario.

CLAUSULA V.4 - HONORARIOS MEDICOS Y GASTOS CLINICOS

En el supuesto que correspondiera abonar la prestación al Cuerpo Médico y/o Asistencial de “La Compañía”, ésta tendrá que efectuarse según la modalidad por éstos convenida.

Titulo VI

NOTIFICACION DE RECLAMOS

CLAUSULA VI.1 – GENERALIDADES

En el caso de que una persona asegurada sea hospitalizada debido a un accidente cubierto por esta Póliza, “La Compañía” debe ser notificada dentro de setenta y dos (72) horas subsiguientes a la ocurrencia del accidente, y si esto no es posible, se deberá hacer en el tiempo más rápido posible. Para cualquier otro caso que pueda crear un reclamo bajo la protección de esta póliza, “La Compañía” deberá ser notificada dentro de las siguientes veinte y cuatro (24) horas siguientes al momento que se presente.

Las pruebas escritas de reclamos deberán someterse a la consideración de “La Compañía”, mediante el Formulario de Reclamos de “La Compañía”, dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con “El Asegurado”, por el cual se hace la reclamación. El incumplimiento de efectuar dicha reclamación, dentro del plazo fijado invalidará el reclamo. Los recibos originales deberán enviarse junto con el formulario de reclamos y en la moneda en que fueron facturados. No se aceptarán copias fotostáticas de recibos. Las tasas de cambio para el pago de reclamos estarán de acuerdo con las tasas de cambio oficial vigentes en el momento en que se reciba el reclamo, debidamente documentado por “El Asegurado”.

Titulo VII

PAGOS DE RECLAMACIONES

“La Compañía” hará todos los pagos directamente a los proveedores de los servicios para los cuales se adeudan pagos por servicios prestados a “El Asegurado”, a menos que él haya optado por atenderse por otro proveedor y deberá cumplir con lo establecido en la Cláusula IV.6 Reintegros.

CLAUSULA VII.1 – EXAMEN FISICO

“La Compañía” asumiendo los costos correspondientes, tendrá el derecho y oportunidad de examinar al asegurado, cuya dolencia o enfermedad es la base de un reclamo, tan a menudo como sea razonablemente requerido, durante la tramitación de un reclamo pendiente.

- a) Los beneficios se limitan a los cargos Usuales y Acostumbrados (Cláusula VIII.2), en la zona donde se provee el tratamiento.
- b) Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamo recibido por “La Compañía”, serán tomadas por Seguros América, S.A en consulta con su Auditoria Médica.

CLAUSULA VII.2 - GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS

Se refiere a los cargos usuales, acostumbrados por servicios médicos u hospitalarios en la localidad del territorio nicaragüense donde se hayan suministrados los servicios.

Titulo VIII

PROGRAMA DE CONTROL DE COSTOS (PCC)

CLAUSULA VIII.1 – GENERALIDADES

“El Asegurado” y/o sus Dependientes, deberán cumplir con todos los requerimientos del Programa de Control de Costos (PCC), para poder recibir el total de los beneficios pagaderos bajo esta Seguro Hospitalario por los siguientes servicios.

- a) Todas las hospitalizaciones, ya sean planeadas con anterioridad (programadas) o de emergencia; y
- b) Procedimientos de Trasplantes cubiertos bajo este Contrato.

Si “El Asegurado” y/o sus dependientes no cumplen con los requerimientos del Programa de Control de Costos, los beneficios pagaderos bajo este Contrato serán reducidos, tal como se indica más adelante. “El Asegurado” y/o su(s) dependiente(s), son responsables por la obtención de cualquier Certificación requerida por el PCC.

El Programa de Control de Costos (PCC) requiere que en relación con todas las hospitalizaciones que se lleven a cabo, ya sean planificadas con anterioridad, o de emergencia, al igual que los procedimientos de Trasplantes cubiertos bajo este Contrato, “El Asegurado” o cualquier persona actuando en su nombre, notifique a Seguros América, S.A. cuando dicha hospitalización ocurra o cuando dicho ingreso o procedimiento de trasplante sea realizado:

1. En relación con una hospitalización planificada con anterioridad, por lo menos, con 72 horas de anticipación a la fecha de ingreso, para obtener lo siguiente:
 - i. La Certificación requerida para la hospitalización, la cual consiste en el reconocimiento por parte de Seguros América, de la necesidad Médica de dicha hospitalización, incluyendo el número de días que permanecerá internado el paciente en el Hospital. Si después de obtener la certificación inicial (Cláusula I.2), fueren necesarios días adicionales de hospitalización, el Médico de cabecera o un representante oficial de la Clínica u Hospital, deberá ponerse en contacto con Seguros América S.A., para obtener la aprobación correspondiente a los días adicionales de estancia en la Clínica u Hospital. En este caso, la comunicación debe establecerse antes de haber transcurrido el último de los días originalmente certificados.
 - ii. En relación con los nombres y direcciones de las Clínica u Hospital (siempre que esté disponible), a las cuales tiene acceso una Persona Cubierta bajo este Contrato. “El Asegurado” y/o sus dependientes, deberán usar una Clínica u Hospital que sea miembro de la “Red de Proveedores Preferidos” (Cláusula I.4) para poder recibir el total de los beneficios pagaderos bajo este contrato.
2. En relación con una admisión de emergencia a una clínicas u hospitales, a más tardar, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha de ingreso o setenta y dos (72) horas si se trata de un ingreso durante un fin de semana o en días festivos, con el objeto de obtener la certificación para la admisión de emergencia; y
3. Dentro de las noventa y seis (96) horas siguientes, a la fecha en la que el médico haya identificado una persona cubierta, como un candidato para obtener un Trasplante cubierto bajo este Contrato, “El Asegurado” o sus dependientes deberán usar un centro de Trasplante que sea miembro de la “Red de Proveedores Preferidos” (Cláusula I.4), para poder recibir los beneficios pagaderos bajo este Reglamento. En estos casos, se le asignará al paciente un Médico administrador de casos médicos, el cuál asistirá a “El Asegurado” y/o sus Dependientes y/o al Médico de cabecera en la determinación de cual es el Trasplante más adecuado para satisfacer las necesidades del paciente (acápites IV.3.31.3).

Los números de teléfono de Seguros América, S.A. están indicados en la tarjeta personal (Título II).

CLAUSULA VIII.2 - EFECTOS SOBRE LOS BENEFICIOS

Sujeto a las disposiciones del contrato, cuando los requisitos del PCC son debidamente cumplidos, en relación con los servicios prestados por hospitalizaciones, y procedimientos de trasplantes, los beneficios pagaderos por los gastos elegibles (Cláusula IV.2), se pagarán (Cláusula III.7), tal como se indica en la descripción de Beneficios de esta Seguro Hospitalario y en cualquier enmienda, endoso o anexo al mismo.

Las siguientes penalidades, aplicarán en el caso que “El Asegurado” y/o sus dependientes, o cualquier otra persona actuando en nombre de “El Asegurado” de su dependiente, no cumplan apropiadamente con los requerimientos del PCC.

- 1) El porcentaje de beneficios pagaderos por los gastos médicos cubiertos, incurridos por o en relación con un internamiento en una clínica, hospital o centro de trasplante, será reducido y pagadero, sujeto al coaseguro señalado después que haya sido satisfecho cualquier deducible o copago que sea aplicable,
- 2) El porcentaje de beneficios, pagaderos por los gastos médicos cubiertos incurridos por todos los tratamientos, servicios y suministros con la excepción de internamiento en una clínica u hospital o centro de trasplante, será reducido y pagadero al veinte y cinco por ciento (25%), después que se haya satisfecho cualquier coaseguro y/o copago que sea aplicable.
- 3) “El Asegurado” y/o sus dependiente, deberán satisfacer un copago o coaseguro del 10%, por separado y en adición a cualquier otro copago o coaseguro, por cada internamiento en una clínica u hospital o centro de trasplante.

Las cantidades adicionales que un Asegurado, está obligada a pagar como resultado de una reducción, en el porcentaje de beneficios, no se podrán utilizar, para satisfacer ninguna cantidad de Copago o coaseguro establecida en este Contrato, en tal caso que esta existiera.

Las penalidades descritas en esta sección no aplicarán si el servicio por la Red de Proveedores Preferidos (Cláusula I.4) no está disponible para “El Asegurado”, de acuerdo a la determinación hecha por Seguros América, S. A.

CLAUSULA VIII.3 - LA CERTIFICACION NO GARANTIZA BENEFICIOS

Los beneficios pagaderos bajo este Seguro Hospitalario, estarán sujetos a las condiciones de elegibilidad, en las fechas en las que los cargos son incurridos, así como a todas las otras condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato. La certificación no garantiza o confirma la obtención de beneficios bajo esta póliza.

CLAUSULA VIII.4 - DEFINICIONES

VIII.4.1 Certificación y Certificar : significa que Seguros América, S. A., después de ser notificada por adelantado, en relación con una hospitalización, planeada con anterioridad, en una Clínica, Hospital o Centro de Trasplante, ha:

- (a) Reconocer la necesidad médica de dicha hospitalización; y
- (b) Proporcionado a “El Asegurado” y/o a sus dependientes, la información necesaria y/o el acceso a una Clínica u Hospital o Centro de Trasplante que sea miembro de la Red de Proveedores Preferidos de Seguros América, S.A.

Este término, también significa que la Compañía ha:

- (a) Recibido notificación durante las cuarenta y ocho (48) horas, ó dentro de las setenta y dos (72) horas, como se ha indicado anteriormente, de un ingreso de emergencia en una Clínica u Hospital, o notificación, de un procedimiento de Trasplante, cubierto bajo este Contrato, con anticipación a cualquier cirugía, hospitalización o tratamiento médico;
- (b) Reconocido la necesidad médica de la hospitalización y/o los servicios o procedimientos de Trasplantes; y
- (c) Cuando sea pertinente, señalado a “El Asegurado” y/o a sus dependientes o médicos de cabecera, el Centro de Trasplante más adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.

VIII.4.2 Hospitalización de Emergencia: significa una hospitalización requerida como resultado de un accidente grave, o el inicio de una condición que requiere atención médica o quirúrgica inmediata, para prevenir la pérdida de la vida, o el daño permanente de los órganos o sistemas del cuerpo. Ejemplos de tales lesiones o condiciones incluyen, pero sin estar limitados a: ataques cardíacos, apoplejía, envenenamiento, paro respiratorio, hemorragia no controlable, pérdida del sentido, convulsiones y trauma severo.

VIII.4.3 Red de Prestadores de Seguros América, S.A: se refiere a las clínicas, hospitales, médicos u otros prestadores que han celebrado un contrato con Seguros América, S.A para prestar servicios médicos y hospitalarios a sus asegurados.

Titulo IX

DISPUTABILIDAD

CLAUSULA IX.1 - GENERALIDADES

La póliza (contrato) será disputable por omisión, falsedad o inexacta declaración de los hechos esenciales, que proporcione el Asegurado Titular o “El Contratante”, para si o de cualquiera de sus “Asegurados Dependientes” inscritos, en cualquier momento desde el inicio de vigencia de la póliza.

Titulo X

GENERALIDADES

CLAUSULA X.1 - COMUNICACIONES

Cualquier declaración o comunicación relacionada con la presente póliza, deberá ser enviada a las oficinas de Seguros América, S.A por escrito, a su domicilio comercial y al Contratante a su domicilio registrado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLAUSULA X.2 - ARBITRAJE

En caso de surgir cualquier diferencia, entre el Asegurado y la Compañía (ambos también conocidos como las partes) acerca de: la interpretación o aplicación de las cláusulas, estipulaciones o condiciones generales o particulares de la presente póliza; si un evento esta cubierto o no; el monto de cualquier indemnización; el incumplimiento del contrato por alguna de las partes, o de cualquier tipo de controversia o desavenencia no especificada; y si las partes mantuvieren aún sus diferencias después de conversar y negociar durante el tiempo prudencial de treinta (30) días posteriores a la fecha en que una de ellas haya sido requerida por la otra; expresamente convienen, que la controversia entre ellas solo podrá ser dirimida a través del sometimiento del caso a un juicio por arbitramento. Por consiguiente, una vez dictado el laudo arbitral, las partes se someterán a él y renuncian a todo ulterior recurso judicial ordinario y extraordinario, inclusive al de casación, así como a cualquier otro recurso ejecutivo, administrativo o penal.

El juicio de arbitramento se realizará de la siguiente manera:

Ambas partes deberán nombrar un árbitro en común, nombramiento que se deberá hacer dentro del término de quince días desde el momento que una de las partes requiera a la otra de dicho nombramiento.

Si una vez transcurrido el término de quince (15) días sin que ambas partes logren acuerdo en cuanto al nombramiento del árbitro común, nombraran por escrito dos árbitros, uno por cada parte, lo cual se hará dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra, por escrito, para que lo hiciere. Antes de iniciar sus labores, los dos árbitros de común acuerdo nombrarán en caso de discordia, un tercer. Si una de las dos partes se negare a nombrar su árbitro o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra parte, o si los árbitros no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercer árbitro, la designación será realizada por el Presidente de la Junta Directiva de la Cámara de Comercio de Nicaragua.

El o los árbitros nombrados necesariamente deberán ser de reconocida probidad, honradez, experiencia y de competencia en la materia en discusión, debiendo acreditar esto último con la presentación de sus títulos y antecedentes profesionales debidamente sustentados. Estos arbitadores actuarán según su leal saber y entender, obedeciendo sólo lo que su prudencia, equidad y ética le dicten, teniendo a la vista los datos y pruebas que las partes presenten.

El nombramiento del o los árbitros deberá realizarse por medio de un acta notarial la cual deberá ser firmada por ambas partes y por el o los árbitros propuestos en señal de aceptación.

Después de la fecha de nombramiento y de la aceptación de su cargo, él o los árbitros nombrados, tendrán un plazo de cuarenta y cinco (45) días prorrogables para dictar el laudo. Dicha prórroga se otorgará por única vez y no podrá ser por un período superior al otorgado inicialmente.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuera personal físico, o su disolución si fuere sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el arbitraje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del árbitro o de los árbitros o del árbitro tercero según el caso, o si alguno de los árbitros de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (de acuerdo a lo establecido en esta cláusula) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la compañía y el asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio árbitro.

CLAUSULA X.3 - ACCIONES LEGALES

El Asegurado otorga exclusiva jurisdicción a las cortes de la República de Nicaragua, para determinar cualquier derecho de exclusión de "La Compañía" de cualquier otra jurisdicción.

Firma Autorizada
Seguros América, S.A

SH-10-00.05.07