

**CONDICIONES GENERALES Y NORMAS**  
**SEGURO MEDICO INDIVIDUAL DE SALUD**  
**“ PROSALUD PLATEADO ”**

**TITULO I**

**CLAUSULA I.1 - INTEGRACION Y BASE DEL CONTRATO**

El sistema Médico Privado organizado para usted, por **SEGUROS AMERICA, DE MANAGUA, NICARAGUA**, 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 AMERICA, DE MANAGUA, NICARAGUA**, (en adelante denominada “**La Compañía**”), promete indemnizar, pagar o resarcir a Usted, (en adelante denominado “**El Asegurado**”), los beneficios señalados en esta Póliza, determinada **ProSalud Plateado**. 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 AMERICA**.

**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).

Si “**El Asegurado**” no estuviere de acuerdo con los términos del Contrato suscrito o Póliza emitida por “**La Compañía**”, podrá resolverlo dentro de los treinta días siguientes de haber recibido el Contrato o Póliza, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la modificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o Contrato.

En caso de ocurrir un siniestro antes de solicitada y/o aceptada por “**La Compañía**” cualquier rectificación o modificación durante el tiempo establecido en el párrafo anterior, ambas partes se sujetarán a lo establecido en la Póliza. Se sujetarán a lo establecido en la solicitud cuando, las condiciones de la Póliza de Seguro no concuerden con la solicitud de “**El Asegurado**”, habiendo este pagado la prima correspondiente a lo solicitado.

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 Médico, Plan **ProSalud Plateado**, descrito en el Título IV (Plan de Gastos Médicos), de estas Condiciones Generales, se otorgarán siempre que se hayan cumplido los Períodos de Espera (Cláusula IV.4) y que el Pago de las Cuotas (Cláusula III.5) se mantenga al día, respectivamente.

El Seguro Médico, Plan **ProSalud Plateado**, se caracteriza porque los costos ocasionados se reembolsarán inmediatamente, después de la comprobación de los servicios de salud otorgados, y ante la presentación de las facturas **originales** de gastos ocasionados por tal evento, 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, “**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 Médico, Plan ProSalud Plateado**, 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 Servicios de Emergencia.

**Resolución: SIB-OIF-XX-336-2012**

**Fecha: 21 de noviembre de 2012**

**CLAUSULA I.3 - TERMINOS**

Los términos que se detallan se referirán solamente 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 Sub – Agente 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 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, **ProSalud Plateado**, a realizarse por parte del **Contratante (Asegurado)**, o de “**La Compañía**” (el **Asegurador**), serán efectuados en Dólares de Norteamérica, cuando se tratara de Servicios de Salud prestados bajo la Cobertura Regional, o el equivalente en dólares utilizando el cambio oficial **a la fecha de efectuado el gasto** para las facturas canceladas en Córdobas, cuando fuere relativo a la Cobertura Nacional.

**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 POLIZA:** Es el período de doce (12) meses consecutivos, comenzando con el día efectivo de la póliza, estipulado en las **Condiciones Particulares**.

**I.3.6 TOMADOR DE POLIZA:** **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.3.7 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.3.8 PAIS DE RESIDENCIA:** Significa, el País de residencia permanente de “**El Asegurado**”, el cual debe ser Nicaragua teniendo que dejarlo así indicado en la Solicitud de Ingreso. Este Seguro solo está disponible para personas que residen en el Territorio Nicaragüense.

**I.3.9 PAIS DE RESIDENCIA DE FACTO:** Es el País declarado en la Solicitud de Ingreso, pero si “**El Asegurado**”, se encontrare en otro País, por al menos ciento ochenta (180) días o más consecutivos, el País de residencia más reciente, se convertirá en su País de Residencia de hecho.

**I.3.10 DEDUCIBLE:** Es el monto en dólares que cada 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 gastos usuales y acostumbrados (cláusula VII.2); b) Cargos que se deriven de tratamientos, servicios y/o suministros que no estén cubiertos por esta póliza.

**I.3.11 CO-PAGO Y CO-ASEGURO:** Es el monto fijo o porcentaje de las facturas médicas, que “**El Asegurado**” deberá asumir (cuando estos apliquen) en factores relativos o absolutos por causa o limite máximo, año póliza y asegurado inscrito, además del deducible (Cláusula I.3.7) Los porcentajes o montos de co-aseguro o co-pago a pagar se especifican para cada tipo de beneficio donde se requiera, según lo prescrito e la tabla de Beneficios (Adendo A).

**CLAUSULA I.4 - RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS**

Constituida por Profesionales y Centros Asistenciales debidamente autorizados por las autoridades correspondiente, que figuran en el listado, que “**La Compañía**” facilita a “**El Asegurado**”, en el momento de su incorporación a este Plan **ProSalud Plateado**; así como, el número de teléfono para comunicarse con la empresa Coordinadora de Servicios, indicados en el reverso de su Tarjeta Personal.

**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 ámbito Nacional e Internacional, que no pertenezcan a la **Red de Proveedores Preferidos (Cláusula I.4)**, reintegrándose en tal caso los honorarios y gastos devengados por las prestaciones efectuadas, luego que “**El Asegurado**”, haya satisfecho los requisitos de **Deducible, co-pago y/o co-aseguro** 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 **Plan ProSalud Plateado**.

Regirá este mismo sistema, en la eventualidad de producirse una total imposibilidad de atención, dentro de la **Red de Proveedores Preferidos**, según determine la **Auditoría Médica** de “**La Compañía**”, en cuyo caso se eliminarán el co-aseguro y deducible aplicado a las atenciones fuera de la red, quedando vigente los gastos usuales del procedimiento o servicios prestado y sujetos a los demás términos y límites en coberturas de la póliza indicados en el Adendo A – Tabla de Beneficio.

#### **CLAUSULA I.6 – COBERTURA EN CENTROAMERICA**

La base principal de este **Plan Médico ProSalud Plateado**, es el diseño para disponer de una cobertura integral, las veinticuatro (24) horas del día y en cualquier parte de Centroamérica (Nicaragua, Honduras, Costa Rica, El Salvador y Guatemala).

#### **CLAUSULA I.7 - COBERTURA NACIONAL**

Se refiere a la atención brindada a “**Los Asegurados**” dentro del Territorio Nicaragüense.

#### **CLAUSULA I.8 – INVALIDEZ DEL CONTRATO**

Si “**El Asegurado**” y/o cualquiera de los **Dependientes**, inscritos en la **Póliza**, cambiase su País de Residencia (Cláusula I.3.8), deberá notificarlo de inmediato a “**La Compañía**”.

**Este contrato terminará de inmediato, si el País de residencia de “El Asegurado”, y/o cualquiera de los Dependientes, inscritos en la Póliza, deja de ser Nicaragua; salvo en caso de estudiantes solteros de acuerdo a lo estipulado en las condiciones generales.**

El contrato será **nulo, e inválido**, a menos que “**La Compañía**”, sea notificada de cualquier cambio del **País de Residencia** de “**El Asegurado**”, y/o cualquiera de los **Dependientes inscritos**, durante los treinta (30) días, posteriores de ocurrir el cambio. **Todos los términos y condiciones incluyendo primas, están sujetas a revisión al cambiar el País de Residencia de Facto (Cláusula I.3.9).**

## **TITULO II**

### **TARJETA PERSONAL**

#### **CLAUSULA II.1 - TARJETA PERSONAL DE SEGUROS AMERICA.**

Una vez aprobado el ingreso al Plan, **SEGUROS AMERICA**, proveerá al nuevo “**Asegurado**” una **Tarjeta Personal**, la cual le permitirá identificarse ante **LOS PROVEEDORES** y poder acceder a los beneficios o prestaciones, una vez transcurrido el **Periodo de Espera** respectivo (Cláusula IV.4).

La Tarjeta es **personal, no transferible** y de uso exclusivo, para gozar de los Beneficios que brinde este **Plan ProSalud Plateado**.

**La Tarjeta Personal** es propiedad de **SEGUROS AMERICA** y deberá serle restituida ante su sola iniciativa, sin que pueda oponérsele impedimento de ninguna especie.

#### **CLAUSULA II.2 – ASEGURADO TITULAR**

“**El Asegurado**” que asume la responsabilidad personal, y la de su **grupo familiar** ante “**La Compañía**”, se denomina “**Asegurado Titular**”; éste puede hacer ingresar como “**Asegurados Dependientes**”, a su cónyuge y/o hijos solteros, estrictamente menores de 19 años de edad, o hasta cumplir los 25 años de edad y únicamente si son dependientes 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**.

Siempre que se haga referencia al “**Asegurado Titular**”, se entenderá que incluye también a los “**Asegurados Dependientes**” cuando sea aplicable a éstos, (excepto, cuando aplique a la **Cobertura de Maternidad**).

#### **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 suscribe con una persona natural, a su propio nombre, a favor del mismo y de sus dependientes familiares inscritos en el contrato por cuenta propia.

### 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 Plan **ProSalud Plateado** de **SEGUROS AMERICA:**

**III.1.1 ASEGURADOS TITULARES:** Personas legalmente capaces para contratar, que sean estrictamente menores de 61 años de edad (Cláusula II.2).

**III.1.2 ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Es el/la cónyuge, menor de 61 años de edad y los hijos solteros, menores de 19 o hasta cumplir 25 años de edad, según sea el caso, de acuerdo a lo señalado en la Cláusula II.2 (Asegurado Titular).

**III.1.3 GRUPO FAMILIAR:** para los efectos de este **Plan ProSalud Plateado**, grupo familiar se definirá como: Cónyuges (esposo y esposa), hijos e hijastros legalmente inscritos o adicionados a esta Póliza.

#### CLAUSULA III.2 - REQUISITOS PARA EL INGRESO

**“El 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, anexa a las **CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, CUESTIONARIO MEDICO, LA TABLA DE BENEFICIOS (Adendo “A”), REGISTROS DE ASEGURADOS, AUTORIZACION Y DECLARACION, LOS ADENDOS Y ENDOSOS**, que se le adhieran y cualquiera otro documento, que hubiere servido de base para su celebración o modificación, constituirán 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 AMERICA 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

Es cualquier condición médica, consecuencia de una enfermedad o lesión previa, que ha requerido hospitalización, tratamiento médico, recetas médicas o medicinas, y que ha sido diagnosticada, o que hubiera causado a una **“persona prudente”**, obtener consejo médico, con anterioridad al primer día de este contrato.

**“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 la Información Médica resultante del Examen Médico y resultados de exámenes requeridos por la Auditoría Médica al momento de suscribir la Póliza; Así como cualquier información adicional facilitada por un Médico o Centro Hospitalario que han prestado servicios de salud al asegurado Titular antes de tomar la Póliza.

Consecuentemente, las condiciones preexistentes no declaradas, o la información engañosa a **“La Compañía”**, con respecto a la historia personal de **“El Asegurado Titular”**, resultará 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”**.

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 **Plan ProSalud Plateado** 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 Plan **ProSalud Plateado**, es un Seguro Anual Renovable sujeto a la recepción del pago de la prima, antes del día de expiración del Periodo de Gracia (Cláusula III.6). Podrá ser renovable automáticamente, por un periodo sucesivo adicional de beneficio de idéntica duración; hasta agotar el monto máximo asegurado por persona según el plan contratado por él, correspondiente a la acumulación de las indemnizaciones (Reembolsos) efectuadas por la Compañía por gastos incurridos y cubiertos por la presente Póliza; con una prima equivalente a la edad cumplida de cada una de las personas inscritas en las Condiciones Particulares y al resultado técnico de la póliza.

La relación entre “**La Compañía**” y el “**Asegurado Titular**”, se regirá por estas **CONDICIONES GENERALES**, o sus 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 CUOTAS**

Para poder contar con los Beneficios del Plan **ProSalud Plateado**, “**El Asegurado Titular**”, deberá abonar la cuota correspondiente, según Categoría, durante el Período de Gracia para el Pago de Prima prescrito (Cláusula III.6), según Categoría, forma de pago seleccionada y, bajo las siguientes modalidades:

- a) Por depósito bancario a la orden de **SEGUROS AMERICA** y remitiendo copia del comprobante bancario a nuestras oficinas.
- b) Personalmente en la oficina de **SEGUROS AMERICA**.
- c) Mediante cargo en **Cuenta Bancaria** o con **Tarjeta de Crédito** (Cargos Automáticos).

“**La Compañía**”, se reserva el derecho de anular la prestación del servicio, sin perjuicio de cualesquiera otros derechos que pudieren asistirlo, 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 cuota en el plazo previsto, “**El Asegurado Titular**” incurre 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 **Plan ProSalud Plateado**, todas 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.

“**El Asegurado Titular**” que se encuentre en mora en el pago de sus cuotas, perderá la antigüedad acumulada, debiendo someter una nueva **Solicitud de Ingreso** y cumplir requisitos de evaluación del riesgo (**Examen Médico y/o Exámenes Diagnósticos**) 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.

El pago de las cuotas fuera de término, 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 cuotas, 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 **Plan ProSalud Plateado**. 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**”, a ejercer el derecho de obtener su cobro compulsivo, mediante acción judicial ejecutiva, con los intereses estipulados en las **Condiciones Particulares**, gastos e indexación, 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**

Los efectos del presente Contrato de Seguro, cesarán automáticamente treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la primera cuota o cuota inicial indicada en recibo de prima adjunto a su póliza. 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 “**El Asegurado Titular**”, a menos que éste, haya asignado los beneficios de esta póliza, a los “**Proveedores de los Servicios**”, para los cuales se adeudan pagos por servicios prestados

### **CLAUSULA III.8 - REVISION DEL VALOR DE LAS CUOTAS**

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

### **CLAUSULA III.9 - SERVICIOS NO RECONOCIDOS**

Se denominan **Servicios No Reconocidos**, aquellos que se utilizan fuera del contexto de estas **CONDICIONES GENERALES**, y/o los que no se contemplan dentro de la Tabla de Beneficio (Adendo “A”), del **Plan ProSalud Plateado**; tales como:

- a) Gastos producidos durante período en mora, por incumplimiento en el pago de las cuotas correspondientes, (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 los cinco (5) países de Centroamérica.

### **CLAUSULA III.10 - ACTUALIZACION DE DATOS**

“**El Asegurado Titular**”, deberá notificar fehacientemente a “**La Compañía**” por escrito, toda futura modificación, de los datos consignados en la presente **Solicitud de Ingreso, Condiciones Particulares, Cuestionario Medico, Autorización y Declaración** como : 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.

Realizada la solicitud mencionada, 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 subsiguientes.

Si se tratara de cambio de un Plan, con similar o mayor cobertura y cuya fecha de vigencia termina, el día inmediato anterior, al inicio de vigencia del **Plan ProSalud Plateado**, previo a la aprobación de su solicitud, “**El Asegurado Titular**”, a solicitud de “**La Compañía**”

deberá realizarse Examen Médico con un médico de la red de Proveedores Preferidos y Exámenes Auxiliares de Diagnósticos, igualmente aplicará en casos de traslados de asegurados cubiertos bajo cualquiera de los Planes ProSalud, para lograr una continuidad en beneficios de salud diagnosticados, durante el periodo de vigencia del ProSalud anterior y exclusión de los **Períodos de Espera** (Cláusula IV.4) correspondientes al **Plan ProSalud Plateado**.

Si se trata de un cambio de **Plan**, con menor cobertura, que las que cubre el **Plan ProSalud Plateado**, una vez aprobada la solicitud **“El Asegurado Titular”**, mantendrá los beneficios reconocidos en su **Plan** anterior (Ver restricciones y requerimientos establecidos en párrafo anterior), debiendo cumplir con los **Períodos de Espera** establecido en la Cláusula IV.4, para poder optar a los servicios y coberturas del **Plan ProSalud Plateado**.

### **CLAUSULA III.12 - SUSTITUCION DEL ASEGURADO TITULAR**

El presente convenio caducará de pleno derecho, por fallecimiento del **“Asegurado Titular”**, al finalizar el periodo 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 otras causas justificadas, 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 Cuotas), retención, 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 **Solicitud de Baja** correspondiente, que podrá obtenerla 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.

La aceptación de la baja por parte de **“La Compañía”**, no implica la cancelación de los gastos realizados, por **“El Asegurado Titular”** o **sus Dependientes**, con antelación a la misma y 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 y en las condiciones estipuladas en la Póliza, 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.

Sí las circunstancias con las cuales se inició el **Plan ProSalud Plateado**, que dieran base para la evaluación del riesgo, **“El Asegurado Titular”** los agrava 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**

### **PLAN DE GASTOS MEDICOS**

#### **CLAUSULA IV.1 – BENEFICIOS**

Los beneficios que más adelante se especificarán, serán otorgados siempre que se hayan cumplido los **Períodos de Espera** (Cláusula IV.4) respectivos, y que el pago de las cuotas se encuentre al día. Los beneficios se basan en la posibilidad de elección dentro de la **Red de Profesionales, y/o Centros Asistenciales Preferidos** recomendados por **“La Compañía”** (Cláusula I.4 – Red de Proveedores Preferidos). La prestación se hará efectiva con la presentación de la **Tarjeta Personal** de **SEGUROS AMERICA** (Cláusula II.1).

También a través de **OTROS PROVEEDORES** (Cláusula I.5), se concede la posibilidad de elegir libremente al Profesional y/o Centros Asistenciales 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 Coaseguros en los casos que aplique.

**Asistencia médica por emergencia y los siguientes servicios, serán proveídos por Los Proveedores de Servicios que “La Compañía” designa en la Cláusula X.4.1 inciso (b).**

#### **CLAUSULA IV.2 – GASTOS ELEGIBLES**

El plan **ProSalud Plateado**, pagará gastos reales incurridos por un Asegurado, que son necesarios y razonables durante una atención médica, hasta la cantidad máxima asegurada indicada en las condiciones particulares de la póliza contratada por el asegurado para los diferentes planes ofertados por “**La Compañía**”; por reclamaciones incurridas, por motivo de accidentes o enfermedades detallado en **Adendo “A” - Tabla de Beneficios**, anexo a esta Póliza, menos el deducible seleccionado en las Condiciones Particulares con respecto a:

- a) Los honorarios de un médico proveedor, los de cirujanos y especialistas a quienes haya referido el médico Tratante;
- b) Los costos de medicinas y utensilios médicos, prescritos por el médico tratante o los especialistas mencionados en el literal (a) de esta cláusula;
- c) El costo de habitación y comida en el hospital (Hotelería);
- d) El costo del transporte de emergencia necesario, que se incurra en relación con los eventos cubiertos por el **Plan ProSalud Plateado**, dentro del país donde se produzca la reclamación;

Para todos los casos, la cantidad máxima asegurada, se reduce a los **70 años** y a los **75 años**, [ver exclusión en Cláusula IV.5 – Servicios No Cubiertos, literal (aa)].

#### **CLAUSULA IV.3 – DEFINICIONES CONCEPTUALES**

Los términos, que se detallan, en los beneficios, se referirán solamente a:

**IV.3.1 EL HOSPITAL:** Empresa legalmente licenciada, como institución de internamiento médico o quirúrgico, que conste con instalaciones diagnósticas, quirúrgicas y de servicios de salud, en el país en que se encuentra localizado, 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 Asegurado(s) como paciente(s) internado(s) para tratamiento en un hospital. Readmisión a un hospital, dentro de noventa (90) días después de dada de alta en un hospital, para el tratamiento de la misma o relacionada dolencia; se determinará como continúa y constituirá una reclusión individual.

**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, también incluyen, aquellos servicios proveídos, u ordenados o recomendado a “**El Asegurado**”, 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 cirugía. Siempre que se actúe dentro de los parámetros establecidos en la profesión, 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, de por lo menos veinticuatro (24) horas continuas.

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

**IV.3.7 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.3.8 LESION:** Cualquier daño corporal causado por un accidente dentro del período de la Póliza.

**IV.3.9 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, repentino y fortuito.

**IV.3.10 EMERGENCIA:** Cualquier condición o lesión, causada por accidente o enfermedad, ya sea aguda o crónica, que requiera atención médica inmediata, o que haga que la vida de **“El Asegurado”** corra riesgo. 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 en el listado, siempre y cuando se encuentre en peligro la vida de la persona. Por otro lado, es importante señalar que los casos que sean atendidos en la sala de Emergencia de menores de edad, serán evaluados de acuerdo al cuadro clínico que indique el médico del cuarto de urgencia, la hora de atención y la edad del paciente.

**IV.3.11 EPIDEMIAS:** Enfermedad declarada por el ente gubernamental, apropiado 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.3.12 EXAMEN MEDICO DE INSCRIPCION O RENOVACION:** El estudio o chequeo médico, por persona solicitante, el cual comprenderá: Examen Médico con Médico Internista y exámenes auxiliares de diagnóstico. Este examen será obligatorio para los potenciales **“Asegurados Titulares y Dependientes”**.

**IV.3.13 PROTESIS QUIRURGICA:** Todo implemento quirúrgico permanente o eventual, que supla una función natural del cuerpo humano y que es implantado dentro del organismo, cuya causa provenga de un accidente o enfermedad, cubierta por esta Póliza; sujeto al límite de cobertura máxima anual prescrito en **Adendo “A” - Tabla de Beneficios**, que forma parte de esta Póliza.

**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 sin tope ni límites. 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, Copagos y Coaseguros establecidos, en el **Plan ProSalud Plateado**. Los casos que sobrepasen dichos topes, serán considerados y/o revisados por la **Auditoría Médica** de **“La Compañía”**.

**IV.3.15 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:** El **Plan ProSalud Plateado**, brinda asistencia médica en los siguientes rubros:

- Atención de Medicina General;
- Atención de Especialidades;
- 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;
- Estudios y Exámenes Especiales;
- Terapia Radiante (hasta 30 sesiones anuales por persona);
- Rehabilitación Médica: Fisioterapia y Fonoaudiología (hasta un máximo de 15 sesiones dos veces por año y por persona).

**IV.3.16 SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGIA (exámenes Auxiliares de Diagnóstico):** Incluyen los análisis de laboratorio, médicamente necesarios y los exámenes de medicina nuclear y radiografía usadas para diagnosticar y tratar ciertas condiciones médicas. Estos están incluidos en los servicios por especialidad a personas no ingresadas, si son suministrados o requeridos por un médico con licencia.

Los importes por atenciones en **Centros de Diagnósticos**, serán reintegrados, de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados para el área geográfica donde se efectuó el gasto luego de haber cumplido con el Deducible y/o Co-aseguro correspondiente; En los casos de exámenes especiales de acuerdo al tope y límite estipulado y prescrito en Adendo A-Tabla de Beneficios y según gastos usuales y acostumbrados, deberán ser Autorizado por la Auditoría Médica, para lo cual

el Asegurado deberá remitir Pre Certificación debidamente completada por el Médico que indique este examen, detallando indicación del estudio y pro forma del centro Asistencial donde se efectuara el mismo. Una vez autorizado el Asegurado Titular podrá efectuarlo en cualquiera de los centros u Hospitales pertenecientes a la red de Proveedores preferidos.

Si “El Asegurado” optara por Otros proveedores, deberá cancelar las facturas correspondientes y “La Compañía”, le reintegrara el importe que corresponda de acuerdo al tope y limite estipulado y prescrito en el Adendo “A”-Tabla de Beneficio y según gastos usuales y acostumbrados.

**IV.3.17 TRATAMIENTO:** Asistencia y cuidados prestados a un paciente, con la finalidad de combatir, las enfermedades o los trastornos.

**IV.3.18 MEDICINAS:** Cualquier fármaco genérico o no.

**IV.3.19 FARMACOS:** Es toda sustancia química purificada utilizada en la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación y cura de una enfermedad; para evitar la aparición de un proceso fisiológico no deseado; o para modificar condiciones fisiológicas con fines específicos.

- Fármacos Genéricos; medicamento comercializado, bajo su estricto componente químico, es decir, no utilizan nombres de Casas Comerciales Farmacéuticas.
- Fármaco No Genérico; es aquel cuya comercialización, depende no solo de su componente químico, sino básicamente de su nombre comercial.

#### **IV.3.19.1 – PROVISION DE MEDICAMENTOS**

Como complemento a la asistencia médica para sus Asegurados, “La Compañía” otorga a través de las farmacias participantes la provisión de los medicamentos recetados (Acápite IV.3.19 – Fármacos). Sin embargo “El Asegurado” podrá adquirir el medicamento indicado en la farmacia de su preferencia, debiendo presentar toda la documentación requerida para la tramitación de su reembolso de acuerdo al tope y límite estipulado y prescrito en el Adendo A- Tabla de Beneficios y según gastos usuales y acostumbrados.

Las especialidades medicinales, en las que rige la dispensación del medicamento, son todas aquellas comprendidas en el **Vademécum** de uso en el país donde se efectuó el gasto, 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.

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 podrá exigirle a “**El Asegurado**”, un duplicado de la receta original

#### **IV.3.19.4 – TRATAMIENTOS PROLONGADOS**

En caso de que el **Médico Tratante**, requiera recetar, más de una unidad de venta de el mismo medicamento, deberá indicar la cantidad y hacer constar la leyenda “**TRATAMIENTO PROLONGADO**”, en cuyo caso, podrá recetar hasta un máximo de dos de cada uno de los medicamentos y aclarar además el tamaño del envase. Únicamente con esa indicación, expresa podrá ser entregado, mas de un medicamento en específico.

- a) En caso de no indicarse, los requisitos anteriormente mencionados, se proveerá a “**El Asegurado**”, de un envase únicamente.
- b) Para aquellos medicamentos, que se expendan por unidad de dosis, el **Médico Tratante** podrá recetar hasta seis (6) unidades, de dosis por receta, lo que deberá constar en número y letras.

La misma receta tendrá validez para dispensar hasta un plazo máximo de seis (6) meses, a contar de la fecha de su emisión.

#### **IV.3.19.5 – MECANISMO DE ADQUISICION**

El Asegurado podrá obtener los Medicamentos en cualquier farmacia debidamente registrada y someterla a reembolso, o bien adquirirla en una Farmacia perteneciente a la Red de Proveedores Preferidos.

Para la adquisición en las farmacias pertenecientes a la Red de Proveedores preferidos, será indispensable que presente la carta de autorización de la compañía, receta médica, tarjeta personal de Seguros América, S.A. (**Ciáusula II.1**) y Cédula de identidad para comprobar los datos personales.

Para obtener dicha autorización deberá remitir a la Compañía Formulario de Reclamos debidamente completado por su Médico Tratante adjuntando las Recetas Médicas que mayor que su costo sea igual o mayor al monto descrito en el Adendo A – Tabla de Beneficios. Una vez recibida la documentación completa, la Compañía extenderá carta de Autorización en un plazo de un (1) día hábil, de manera que el Asegurado lo pueda adquirir en la Farmacia:

- a) No será necesaria la concurrencia de “**El Asegurado**” a la farmacia. Podrá hacerlo cualquier persona, siempre y cuando, se presente toda la documentación detallada anteriormente.
- b) En caso se tratare de medicamentos recetados a menores de edad, que no posean documentos de identidad nacional, podrá solicitarle al médico que extienda la receta a nombre de alguno de los padres, haciendo constar que la receta es para un “**MENOR DE EDAD**”, e indicando el nombre de el/la niño(a) .
- c) La farmacia deberá adherir a la receta las especificaciones de los fármacos entregados.

#### **IV.3.19.6 – MEDICAMENTOS FALTANTES**

Si por cualquier circunstancia, en las farmacias participantes faltaren él, o los medicamentos solicitados, el establecimiento tiene la obligación de obtenerlos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, para lo cual otorgará un comprobante, por escrito de dicha circunstancia, a requerimiento de “**El Asegurado**”. Las farmacias están eximidas de esta obligación, en los casos que sea notoria la falta de existencia en plazo del medicamento solicitado.

En éste caso, “**La Compañía**” se compromete a que bajo la presentación de la factura respectiva, se reembolsará el costo del mismo, conforme se estipule en éstas Condiciones Generales y la Tabla de Beneficios (Adendo “A”).

#### **IV.3.19.7 – CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

Para evitar inconvenientes en la obtención de los medicamentos, es absolutamente necesario que se cumpla con los requisitos y mecanismos de adquisición expresados anteriormente. En caso de no atenderse estas indicaciones las recetas serán reclamadas por las farmacias.

Este beneficio no reconoce reintegros de ninguna naturaleza por medicamentos adquiridos sin receta médica, sin sus consultas correspondientes y/o adquiridas fuera de las normas establecidas y detalladas anteriormente.

La prescripción y obtención de medicamentos oncológicos, deberá ser consultada con la Auditoria Médica de “La Compañía”.

**IV.3.20 INTERNAMIENTO:** “La Compañía”, cubre los gastos por internamiento clínico y/o quirúrgico, en habitación Semi-privada, únicamente si dicho internamiento es realizado en el ámbito Centroamericano.

**Bajo la modalidad de utilización de la Red de Proveedores Preferidos de “La Compañía”, no existen límites de coberturas por Internamiento Hospitalario, ya sea de origen Médico o Quirúrgico.**

**IV.3.21 DERECHOS OPERATORIOS:** Comprenden derechos de cirugía, anestesia, monitoreo y hemoterapia (sin cargo hasta un máximo anual por el límite del Plan).

**IV.3.22 CIRUGIA:** Los honorarios del equipo quirúrgico, dentro de la Red Proveedores Preferidos de “La Compañía”, serán indemnizados en su totalidad, caso contrario, los reintegros serán de acuerdo a lo estipulado en el Adendo A, en el caso de las visitas intrahospitalarias de control, el importe a indemnizar no podrá ser mayor al costos de la habitación correspondiente, fuera de red 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.3.23 SEGUNDA OPINION QUIRURGICA REQUERIDA:** Es siempre requerida cuando 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, en un cien por Ciento (100%) por 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, siempre y cuando la operación sea realizada por un cirujano perteneciente a la Red de Proveedores Preferidos.

**Si se realizara una cirugía que no fuera de emergencia, o una operación electiva sin antes obtener una opinión médica de confirmación (pre-certificación) de “La Compañía”, los beneficios de todos los gastos relacionados con dicha cirugía serán negados.**

**IV.3.24 MATERNIDAD (Gestación):** Este beneficio incluye Consultas Medicas Ambulatorias prenatal y post-natal (incluyendo exámenes auxiliares de Diagnósticos y Fármacos correlativos), Gastos de Internamiento y Equipo Médico correspondiente, para la MADRE Y EL RECIEN NACIDO. Los beneficios solamente se aplicarán para embarazos donde la maternidad inicie cuatro meses después del inicio de vigencia de la póliza ProSalud Plateado o del primer día de su inclusión a la misma, considerando la fecha de su última menstruación para el cálculo del inicio de su embarazo.

Este beneficio cubre exclusiva y excluyentemente a “El Asegurado Titular”, o al cónyuge del “Asegurado Titular”, que figure como tal en la Solicitud de Ingreso.

**IV.3.24.1 PARTO NATURAL:** Dentro del monto máximo estipulado en el Adendo “A” - Tabla de Beneficios (Cuidados por Maternidad).

**IV.3.24.2 GASTOS DE INTERNAMIENTO:** (incluye pensión, derecho clínico y derecho de parto), en los Centros Asistenciales listados en la Red de Proveedores Preferidos de “La Compañía”, tal prestación estará inmersa en el tope que corresponda, prescrito para Cuidados por Maternidad en el Adendo “A”. Si “El Asegurado” optara por Otros Proveedores, deberá abonar las facturas correspondientes y “La Compañía”, le reintegrará el importe que corresponda de acuerdo al tope y límite estipulado y prescrito en el Adendo “A” – Tabla de Beneficio.

**IV.3.24.3 CIRUGIA CESAREA:** Se considera igual que el parto natural, si la misma ha sido pre-certificada y autorizada por “La Compañía” (excepto caso de cesárea por emergencia), la prestación se otorgará hasta el monto máximo estipulado en el Adendo “A” - Tabla de Beneficios.

**IV.3.25 RECIEN NACIDO:** Atención al recién nacido incluye los honorarios de Neonatología y pediatría, hasta 15 días después del parto y según el tope anual establecido en caso de acontecer alguna enfermedad adquirida al bebe, sujeto a lo prescrito en el Adendo “A” - Tabla de Beneficio. No se curven gastos de medicina preventiva (Control de niño sano y Vacunas).

**IV.3.26 ENFERMEDADES, MALFORMACIONES Y/O DEFECTOS CONGENITOS: (Recién Nacido)** Atención por defectos congénitos de hijos, que nazcan cuando el **“asegurado titular”** o su cónyuge (**asegurada dependiente**) se encuentra cubierto por la póliza, bajo total compromiso ineludible de integrarlos a la Póliza durante los primeros 15 días siguientes a su nacimiento. Se cubre los gastos únicamente si la maternidad fue cubierta por esta póliza, hasta el monto máximo de cobertura estipulado en el Adendo A – Tabla de Beneficio.

**IV.3.27 CONSULTORIOS MEDICOS: “La Compañía”**, dispone de **Proveedores Preferidos** locales e internacionales, que actúan como Consultores cuando se presentan afecciones que por su naturaleza requieren de consulta médica.

**IV.3.28 COBERTURA DE ESPECIALIDADES:** Se denominan prestaciones de especialidades las siguientes:

- Todas las ramas en la medicina que no sean: Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Medicina Familiar, Ginecología y Oftalmología.
- 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).
- Cirugía Cardiovascular y Hemodinámica; La cobertura comprende Honorarios Quirúrgicos y Clínicos, Kinesiológicos y Técnico Perfusionista.

**IV.3.29 SERVICIO DE TRANSPORTE POR EVACUACION: “La Compañía”** reconocerá los gastos por **Servicio de Ambulancia Local Terrestre** especializado para trasladar y dar primeros auxilios, por efecto de emergencias (accidentes, enfermedades agudas y/o crónicas), que por su gravedad impidan a **“El Asegurado”** trasladarse al Consultorio o Centro Asistencial correspondiente más cercano y que por ello requiera ser trasladado. **(2)** En caso **“El Asegurado”**, se encontrase en un lugar o área lejana e inaccesible por vía terrestre, y la condición médica requiera traslado inmediato de urgencia en naturaleza, se podrá **previa consulta a “La Compañía”**, acceder al beneficio de utilizar **Avión Comercial Doméstico o Helicóptero** para dicho traslado, sujeto a los límites máximos por evento prescrito en el Adendo “A” - Tabla de Beneficios.

**IV.3.30 SERVICIO DE EMERGENCIA:** Funciona todos los días, incluso los feriados, durante las veinticuatro (24) horas de conformidad a lo descrito en los acápite, IV.3.8, IV.3.9 y IV.3.10 (Lesiones, Accidentes, Emergencias respectivamente). Queda expresamente prohibida, la utilización de este servicio para la atención de personas no inscritas en el **Plan ProSalud Plateado**. **“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 adeudada (Cláusula III.9).

**IV.3.31 TRASPLANTE DE ORGANOS:** Cubre los costos de trasplantes, 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.3.31.1 – SERVICIOS DE TRASPLANTES**

Los beneficios por **Trasplante de Órganos**, se pagarán tal como se indica en la **Cláusula IV.2 (Gastos Elegibles)**, de acuerdo a lo siguiente:

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 Preferidos** de acuerdo a **Cláusula I.4**. 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).

**“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 medico especialista** en ese ramo, entre aquellos **Médicos Consultores (Cláusula IV.3.27)** de la **Red de Proveedores Preferidos (Cláusula I.4)**.

#### **IV.3.31.2 – GASTOS ELEGIBLES PARA TRASPLANTES**

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 Órganos 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 ambulatorios o cuidados pos-operativos.

Se pagarán beneficios, hasta un **Límite de dos (2) Trasplantes por vida de “El Asegurado”**. Un **Trasplante** de dos (2) órganos, realizado en una misma sesión de cirugía, será considerado como un solo **Trasplante**. Los beneficios 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.3.31.3 – 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.3.31.4 – 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). En relación con el procedimiento de **Trasplantes**, únicamente, se especifican las exclusiones siguientes:

No se pagaran beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o artículo, por procedimiento de **Trasplante**, cuando:

- a) No haya sido aprobado previamente por **Seguros América**, o resultado de, o en cualquier forma relacionado con un **Trasplante**, que no este específicamente nombrado como un **Trasplante** Cubierto, (**Cláusula IV.3.31.3**);
- 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 este disponible un tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo, para el tratamiento de la condición, o enfermedad de “**El Asegurado**”;
- d) Proporcionado por, como resultado de un **Trasplante** en el cual se provee al Receptor (de acuerdo a la definición en la **Cláusula IV.3.31**, con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos;
- e) Proporcionado por, o en relación con un segundo procedimiento de **Trasplante**, que se lleva 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 Plan de Gastos Médicos y el cual ha fracasado.

#### **IV.3.31.5 – DEFINICIONES**

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

**Centro de Trasplante:** Se define como, un hospital dentro de la **Red de Proveedores Preferidos**, que satisface los requerimientos de **Seguros América, S.A.**, para ser considerado un Centro de **Trasplante**. Tales Requerimientos incluyen, pero sin estar limitados a que el Centro de **Trasplante**:

- a) Proporcione 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:** Se define como, una persona que sufra una procedimiento quirúrgico, con el propósito de donar un Órgano(s) de su cuerpo, para una cirugía de **Trasplante**.

**Electivo:** Se define como, en relación con un **Trasplante**, un tratamiento, servicio, procedimiento, o cirugía, el cual:

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

**Experimental o Investigativo:** Se define como, en relación a un **Trasplante**, un 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); y
- b) Se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación); y
- c) Cuyo uso haya sido restringido, a estudios científicos, o de investigación clínica; y
- d) Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva.

**NOTA: El Asegurado deberá contactar a la empresa coordinadora de servicios médicos, indicados al reverso de su tarjeta personal para aclarar dudas de tratamientos, o procedimientos, que puedan estar en etapa investigativa.**

**Órgano:** Se define como, una parte del cuerpo humano, la cual realiza una función específica.

**Receptor:** Se define como, un Asegurado que sufre una operación quirúrgica para recibir un **Trasplante**.

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

**Trasplante:** Se define como, el 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.3.32 TRATAMIENTO DENTAL:** Únicamente aquellos tratamientos de emergencias necesarios, para reponer o restaurar, los dientes naturales dañados o perdidos, por causa estricta de accidente.

**IV.3.33 BENEFICIOS ADICIONALES:** Asistencia médica por emergencia y los siguientes servicios serán proveídos por “La Compañía”, o los **Proveedores de Servicios** que ésta designe.

1. **Referencias médicas, antes del viaje:** “La Compañía”, o **Los Proveedores de Servicios**, que ésta designe, proveerán información médica anticipada a sus miembros en países y regiones a visitar dentro de Centroamérica, incluyendo médicos locales multilingüe, así como direcciones y teléfonos de hospitales. “El Asegurado”, los tiene que solicitar con cinco (5) días laborales, en anticipación a la fecha del viaje.

2. **Asistencia e Información Médica las 24 horas:** Obtener durante 24 horas al día los servicios del sistema de emergencia médica Centroamericano, 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.**

3. **Asistencia en Reclamaciones:** “La Compañía” o **Los Proveedores de Servicios**, asistirán a los miembros asegurados, en la coordinación de reclamaciones cuando la asistencia es otorgada fuera del territorio Nicaragüense.

#### **CLAUSULA IV.4 - PERIODOS DE ESPERA**

Los **Períodos de Espera**, rigen a partir de la fecha de ingreso al **Plan ProSalud Plateado** de “La Compañía” o a partir de la fecha de **rehabilitación de la póliza**, en caso de haber sido cancelada a solicitud del cliente o por falta de pago, como se prescriben a continuación:

a) **Dentro del Primer Mes:** la Cobertura se limita exclusivamente, únicamente 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/o internamiento, cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos, etc.).

b) **Después de transcurridos 02 Meses:** La Cobertura se extiende además de lo considerado en el litoral (a) a **Diagnósticos y Tratamientos Ambulatorios.**

c) **Después de transcurridos 04 Meses:**

**C.1** Se cubrirán Internamiento, cirugía, derechos operatorios (programada); lo que incluye: Unidad de Cuidados Intensivos, Terapia Intermedia (step-down unit), Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos. Únicamente bajo la modalidad de servicios, a través de la Red de Proveedores Preferidos, se cubre: Cirugía Cardiovascular y Hemodinámica.

**C.2** Gestación, Tendrá derecho a este beneficio cuando la gestación es de una persona cubierta por esta póliza como **Asegurado Titular** o su **cónyuge**, sujeto al periodo de espera de cuatro (04) meses para iniciar la gestación, contados a partir del 1er día de su inclusión a la póliza.

**Recién Nacido:** Los hijos recién nacidos, y cubiertos por el Plan **ProSalud Plateado**, gozarán a partir del momento de su nacimiento y sin Período de Espera, de los Beneficios del Plan correspondiente al **Grupo Familiar**, al que pertenece, siempre que hayan sido inscritos dentro de los quince (15) días siguientes de haberse producido su nacimiento, (Cláusula II.2 – Asegurado Titular). Los hijos de partos no cubiertos por el plan, deberán ser inscritos por “El Asegurado Titular”, dentro de los quince (15) días siguientes a su nacimiento, para optar a los beneficios de la **Póliza ProSalud Plateado**, debiendo cumplir los periodos de espera antes descrito.

Los hijos Recién Nacidos de partos cubiertos o no, por el Plan ProSalud Plateado que sean incluidos posterior a los quince (15) días de su nacimiento, deberán cumplir con los periodos de espera de la Póliza.

Se reducirá el lapso de determinados **Períodos de Espera**, a aquellos **Asegurados**, que demuestren fehacientemente haber cumplido, en entidades similares, reconocidas por “**La Compañía**”, y en las condiciones que se establezcan, siempre y cuando la condición haya sido declarada en la **Solicitud de Ingreso y/o el Cuestionario Médico de Inscripción**. Esta reducción de periodos de espera no aplica para el beneficio de **Maternidad**, el período de espera para la cobertura de Maternidad se mantiene en trece (13) meses.

#### **CLAUSULA IV.5 - SERVICIOS NO CUBIERTOS**

La Póliza **ProSalud Plateado**, no cubre a “**Los Asegurados**”, los gastos resultantes de:

- a) Cualquier condición preexistente, defecto físico, condición médica, ya sea aguda o crónica, que exista 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 que “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.
- b) Enfermedades, incapacidades 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 interrecurrencias. Enfermedades, patologías, defectos o malformaciones congénitas, no estarán cubiertos. La única excepción es cuando un niño haya nacido en una maternidad cubierta por la póliza, y que se haya incluido en tiempo y forma pagando su prima correspondiente.
- c) Honorarios médicos, Exámenes de Diagnósticos y Medicamentos que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad. Incluyendo la compra de Artículos y Materiales de Reposición Periódica por Gastos Ambulatorios, al menos que éstos sean necesarios para la administración de un medicamento o tratamiento cubierto por la póliza.
- d) En caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, “La Compañía” se compromete a pagar o indemnizar los gastos por enfermedades o lesiones sufridas por accidentes laborales sobre el exceso y/o lo no cubierto por la seguridad social obligatoria, o pólizas de seguro que para tal fin pueda tener una empresa en particular.
- e) 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 o derivados del uso o abuso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, y/o medicamentos administrados sin receta médica.
- f) Gastos por trastornos de conducta y aprendizaje, así como por alteraciones mentales, nerviosas (psicodiagnóstico) y de trastornos psiquiátricos o psicológicos, incluyendo las lesiones que sobrevengan como consecuencia de cualquiera de los padecimientos mencionados, o derivados de un tratamiento para estos trastornos.
- g) 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.
- h) Reacciones nucleares, lluvias radioactivas y epidemias sujetas a la gestión o declaración por parte de las autoridades públicas.
- i) Enfermedades o lesiones causadas directa o indirectamente durante la participación activa en guerra civil o internacional (declarada o no), invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección o tumultos populares, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas (con o sin declaración de guerra), incluyendo duelos o riñas provocados por el Asegurado.
- j) Lesiones provocadas voluntariamente por “El Asegurado”, o las consecuencias de tentativas de suicidio o bien por participar en maniobras o actividades delictivas o criminales de las que sea responsable, aunque sea en forma parcial.

- k) Lesiones sufridas como consecuencia de participación en Atletismo Profesional. 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, equitación, 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”.
- l) Aborto y sus consecuencias, sujeto a lo establecido en la Constitución de la República de Nicaragua y en el Código Penal.
- m) Procedimientos quirúrgicos, médicos y medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, crecimiento o rejuvenecimiento. Exceptuando cirugía estética reconstructiva en caso de accidentes o tratamientos quirúrgicos necesarios para reconstruir tejidos cutáneos o subyacentes, que provoquen un defecto estructural que dificulte la función normal del cuerpo causando una incapacidad permanente.
- n) Tratamiento médico u operaciones que se hallan en etapa experimental o de investigación, que aún no estén reconocidos por Instituciones Oficiales y/o Científicas Nacionales y/o la Organización Mundial de la Salud, por no contar con suficientes resultados de pruebas clínicas controlados o publicadas en literatura médica, que corroboren su seguridad y efectividad en el tratamiento de la enfermedad o lesión implicada. Lo anterior incluye gastos que no sean de naturaleza médica, clonación, crio-preservación e implantación de células vivas.
- o) Atención y tratamiento realizados por médicos naturistas y homeópatas, así como medicamentos naturistas u homeopáticos, y cualquier otro método de tratamiento alternativo o prácticas no autorizadas por la Organización Mundial de la Salud ni por las normas nacionales establecidas; prestaciones médicas, paramédicas e internamientos no justificados ni autorizados por la Auditoría Médica de “La Compañía”.
- p) Gastos extras dentro o fuera del internamiento que no mejoren la condición de salud de “El Asegurado”, tales como: acompañantes para mayores de dieciocho (18) años (salvo, cuya presencia sea necesaria para acompañar, según lo prescrito en Adendo “A”), ambulancia no requerida, enfermería particular no requerida, kinesiología, terapia física y Fonoaudiología no requerida; servicios personales tales como llamadas telefónicas, alimentación y otros gastos del acompañante del asegurado hospitalizado, así como consultas médicas telefónicas o inasistencias a citas concertadas.
- q) La corrección por medio de tratamiento médico o quirúrgico de los defectos de refracción visual (eximer laser), o suministro de anteojos, lentes de contacto, o audífonos. La compra de lentes de aros o de contacto o de aparatos para mejorar la audición. Incluyendo pero no limitado a tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
- r) Tratamiento de quiropedista o de cuidado de pedicurista, incluyendo los cuidados, suministros o tratamientos para los pies, tales como: ortesis, aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos auxiliares (muletas, andarivel, bastón, etc.) recetados que se fijan a los zapatos o se colocan en ellos y en general todo implemento externo permanente o eventual que supla una función natural del cuerpo humano (salvo lo indicado en el Adendo “A” y en las Condiciones Generales de la Póliza); consultas médicas y tratamientos para pies débiles, cansados, planos, valgo, zambo, equino, inestables, hallux valgus, desequilibrados, metatarsalgia, genu varo, genu valgus y tratamientos de callos, endurecimientos o uñeros. Se cubrirá únicamente la primera consulta y estudios radiológicos necesarios para establecer el diagnóstico, sujeto al Adendo “A” Tabla de Beneficios.
- s) Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, así como todo tipo de examen y/o tratamiento de esterilidad y fertilización, inseminación artificial incluyendo tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello. Cuidados, tratamientos y sus complicaciones por disfunción e insuficiencia sexual, inversión de la esterilización o cambio de sexo.
- t) Cámara Hiperbárica (salvo en caso de quemaduras y/o accidentes graves).
- u) Obesidad, Raquitismo, Bulimia y Anorexia. Incluyendo operaciones por obesidad y cuidados administrados por un nutricionista.
- v) 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).

w) Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento médico realizado por un profesional que sea miembro de la familia, hasta cuarto grado de consanguinidad y afinidad; a menos que éste sea Proveedor de Servicios determinado por “La Compañía”.

x) Servicios o tratamiento en instituciones de cuidados a largo plazo, balnearios, hidroclínica, clínicas de reposo, centros de rehabilitación, sanatorios, centros de convalecencia o asilo de ancianos e instituciones similares que no estén definidos como Hospitales y/o Proveedores de Servicio.

y) Servicios de Medicina Preventiva:

1. Uso de Formulas Alimenticias, vitaminas (incluyendo las neurotrópica), reconstituyentes, minerales, vigorizantes, aminoácidos, geriátricos, lágrimas naturales, hierbas, sean o no prescritos por un médico colegiado.

2. Exámenes médicos generales y/o chequeos médicos preventivos, que incluyan consultas con o sin hospitalización, exámenes de laboratorios, rayos X, medicamentos, fisioterapia, vacunas o medicamentos no alopáticos que sean de carácter preventivo, a excepción de las mujeres embarazadas. Aquellos cuidados o tratamientos que no tengan la finalidad de curar condiciones de enfermedad orgánica de base (bloqueadores solares, cremas humectantes, jabones medicados, lociones, etc.).

z) Desórdenes funcionales hormonales propios de la edad cronológica, como acné vulgar en cualquiera de sus formas, menopausia, climaterio y andropausia.

aa) La Suma Asegurada por persona y por año póliza a partir de los 70 años de edad, se reduce al 60% de lo pactado en las condiciones particulares de la póliza contratada, siempre manteniendo el límite vitalicio; y a partir de los 75 años de edad, se reduce al 40% de lo pactado en las condiciones particulares de la póliza contratada, siempre manteniendo el límite vitalicio.

bb) Cuidado y tratamiento para la pérdida 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.

cc) Cuidados y tratamiento por desórdenes del sueño.

dd) Todo gasto que sea un exceso de lo usual, razonable y acostumbrado por concepto de servicios médicos prestados en las zonas geográficas donde fueron efectuados.

ee) Reclamaciones relacionadas por concepto de compra o venta de equipos médicos fuera del hospital. Los gastos por compra o alquiler aplicado a mejoras en la casa tales como filtros especiales, aire acondicionado, baldosas, vaporizador, humidificador, nebulizador, jacuzzi, piscinas y equipo para hacer ejercicios o similares, ya sea que lo recete un médico o no.

ff) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales excepto cuando sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

#### **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 **Plan ProSalud Plateado** de **SEGUROS AMERICA**.

**b)** Haber pagado el período en curso. No se considerará reintegros, en períodos en que “**El Asegurado**”, se hallare en mora.

**c)** Presentar formulario de reclamos correspondiente, debidamente completado por Usted y su Médico tratante, disponible en las oficinas de la Compañía, en caso contrario presentar Resumen médico indicando Diagnóstico y/o motivo de consulta, tratamiento recomendado, práctica y/o estudio realizado, indicación y justificación del mismo, adjuntando los resultados de los exámenes de laboratorio y radiología efectuados.

**d)** Exhibir los comprobantes que se detallan en el acápite IV.6.2, sin enmiendas entre líneas o raspaduras.

**e)** Presentar los comprobantes, dentro de los noventa (90) días calendarios de realizada la prestación; vencido dicho plazo, caducará la posibilidad para el reintegro.

f) Los plazos vigentes, para hacer efectivo 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 presentado los comprobantes requeridos.

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. El monto del reintegro correspondiente, quedará a disposición de **“El Asegurado”**.

#### **IV.6.2 COMPROBANTES:**

a) **Honorarios Médicos:** Receta médica para cada prestación en la que se acredite: Nombre y Apellido de **“El Asegurado”**; Edad; Documento de Identidad Nacional, Diagnóstico y/o motivo; Honorarios cargados por dicha prestación; Tipo de visita (consultorio o domicilio); Fecha, Nombre y Apellido 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, 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 del Paciente.

b) **Diagnóstico y Tratamiento:** Receta del Médico tratante, factura de laboratorio y farmacia detallada, que cumpla con lo establecido en la ley para el control de la facturación o ley de pie de imprenta fiscal decreto No. 1357.

c) **Exámenes Especiales:** Terapia Radiante, Tomografía Computarizada, Factura o recibo de pago con membrete de la Institución que la efectuó.

d) **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. Si la factura del internamiento contempla honorarios médicos deberán complementarse los requerimientos detallados en el acápite (a) Honorarios Médicos de este mismo numeral.

**IV.6.3 COBERTURA POR TERCERAS PARTES:** **“El Asegurado”**, no tiene derecho a recibir una doble indemnización o compensación, tanto por parte de la presente **Póliza ProSalud Plateado**, 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”**, se subrogará en las acciones civiles de **“El Asegurado”**, contra terceros de acuerdo con la Ley. **“El Asegurado”**, será responsable de todo acto que perjudicare, los derechos en que se hubiere subrogado.

**IV.6.5 GASTOS PRODUCIDOS EN CENTROAMERICA (FUERA DE NICARAGUA):** Siempre que las prestaciones, se efectúen dentro de la **Red de Proveedores Preferidos** y con previa consulta y autorización de **“La Compañía”** se procederá de acuerdo a los requisitos prescritos en el acápite IV.5.1 de esta misma Cláusula, para gastos producidos dentro del Territorio Nicaragüense, para justificar los gastos realizados.

#### **CLAUSULA IV.7 - MODIFICACIONES**

**“El Asegurado”** recibirá comunicación de la notificación de Renovación por escrito, con quince (15) días de anticipación, con las modificaciones que se realicen, las cuales podrán consistir en Variación en prima del seguro, por cambio en los rangos de edad o de acuerdo a la experiencia de la póliza, recargos o extra prima o incremento en su deducible o co-aseguro, 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, 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”** y **“La Compañía Reasegurada”**, extensivo a todos los funcionarios que laboran directa o indirectamente con ellos, estos quedarán eximidos de toda responsabilidad, por mala práctica médica, daños y perjuicios causados a cualquier persona inscrita en el **Plan ProSalud Plateado** en referencia, que pudiera dar lugar a los servicios médicos prestados, de aquellos Proveedores Médicos y/o Centros Asistenciales, tanto en el ámbito Latinoamericano, como Internacional, así como de todas las **Empresas Proveedoras de Servicios** designados por **SEGUROS AMERICA**.

En caso de accidentes imputables a terceros, “**La Compañía**” se reserva el derecho de exigir los gastos ocasionados por la atención médica que fuere menester prestar, a cuyo efecto, se le faculta a subrogarse en los derechos de la víctima, o de sus herederos, en los que resulte pertinente. “**El Asegurado**” quedará obligado a facilitar toda la información y colaboración necesaria, para posibilitar el ejercicio de dicha facultad, haciéndose responsable, de todo acto que signifique un impedimento a la exclusión de tal derecho (acápites IV.6.4).

#### **CLAUSULA IV.9 - COORDINACION DE BENEFICIOS**

En caso de que “**El Asegurado**”, tenga en vigor otra Póliza que otorgue beneficios similares a los del Plan **ProSalud Plateado**, dicha póliza solamente indemnizará los beneficios después que los beneficios bajo la otra Póliza hayan sido agotados y reducidos al monto complemento que resulte, para que el pago total por la indemnización conjunta, no excedan 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).

#### **CLAUSULA IV.10- DUPLICIDAD DE COBERTURA**

Si una misma persona estuviese cubierta por dos o más Pólizas emitidas por **SEGUROS AMERICA**, es entendido que los seguros emitidos a nombre de dicha persona 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 emitidos en Seguros América y devolverá al **CONTRATANTE** las primas correspondientes, liquidándolas a partir de la fecha en la cual se produjo la repetición.

En caso que el Asegurado se encuentre cubierto por otra póliza de Gastos Médicos, de cualquier otra Compañía de Seguros o Seguros Obligatorios Nacionales, al presentarse un siniestro la Póliza **ProSalud Plateado**, indemnizará los gastos en exceso y los no cubiertos por el Seguro Médico vigente, siempre y cuando se trate de una enfermedad o procedimiento amparado por la Póliza **ProSalud Plateado**.

### **TITULO V**

#### **LOS PROVEEDORES**

##### **CLAUSULA V.1 - RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR DESIGNADO POR SEGUROS AMERICA.**

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, facilitado a “**El Asegurado**”, en Adendo específico 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 – GENERALIDADES

En el caso, que una persona asegurada sea hospitalizada debido a un accidente cubierto por esta Póliza, “**La Compañía**” debe ser notificada dentro de las setenta y dos (72) horas subsiguientes a la ocurrencia y si esto no es posible, en el tiempo mas razonablemente posible. 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.

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 efectuó el gasto, debidamente documentado por “El Asegurado”.**

## TITULO VII

### PAGOS DE RECLAMACIONES

“**La Compañía**” hará todos los pagos directamente a “**El Asegurado Titular**”, a menos que éste haya asignado los beneficios de ésta póliza a los proveedores de los servicios para los cuales se adeudan pagos por servicios prestados

#### CLAUSULA VII.1 – EXAMEN FISICO

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

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

#### CLAUSULA VII.2 - GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS

Quiere decir que la compañía reconocerá el costo de un procedimiento, servicio o atención médica el cual se considera razonable hasta el limite acostumbrado, que no exceda el nivel general de cargos hechos por un servicio médico de carácter similar en la área geográfica donde se efectuó dicha prestación, 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.

## TITULO VIII

### PROGRAMA DE CONTROL DE COSTOS (PCC)

#### CLAUSULA VIII.1 – GENERALIDADES

Usted o sus(s) Dependientes(s), deberán cumplir con todos los requerimientos del **Programa de Control de Costos (PCC)**, para poder recibir el total de los beneficios pagaderos bajo esta **Póliza ProSalud Plateado** por los siguientes servicios.

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

Si Usted o su(s) Dependiente(s), 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. Usted 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 AMERICA** cuando dicha hospitalización, ocurra en territorio Nicaragüense o a la Empresa Coordinadora de Servicios Médicos indicados al reverso de su Tarjeta Personal, cuando dicho ingreso o procedimiento de trasplante, ocurra fuera del territorio Nicaragüense, pero siempre y únicamente dentro de Centroamérica (excluye Panamá y Belice). Los números de teléfono de **SEGUROS AMERICA** están indicados en su “Tarjeta Personal” (Título II).

- 1) Por lo menos, con tres (03) días hábiles de anticipación a la fecha de ingreso, en relación con una hospitalización planificada con anterioridad, para obtener lo siguiente:
  - \* **La Certificación requerida para la hospitalización**, la cual consiste en el reconocimiento por parte de **Seguros América**, de la necesidad Médica de dicha hospitalización (Médica y/o Quirúrgica), incluyendo el número de días que permanecerá internado el paciente en el Hospital. Si después de obtener la Certificación (Cláusula I.2) inicial, fueran 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** (siempre que se haga esta comunicación antes de haber transcurrido el último de los días originalmente certificados), para obtener la aprobación correspondiente a los días adicionales de estancia en la Clínica u Hospital;
  - \* Una relación (siempre que está disponible) con los nombres y direcciones de las Clínica u Hospital, a las cuales tiene acceso una Persona Cubierta bajo este Contrato. Ud. o su(s) Dependiente(s), 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 Reglamento;
- 2) A más tardar, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes, a la fecha de ingreso ó setenta y dos (72) horas si se trata de un ingreso durante un fin de semana o en días festivos, en relación con una admisión de emergencia a una Clínica u Hospital, con el objeto de obtener la requerida 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, Ud. o su(s) Dependiente(s) 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 Ud., a su Dependiente y/o al Médico de cabecera en la determinación de cual es el Trasplante, (acápite IV.3.31.3), más adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.

## **CLAUSULA VIII.2 - EFECTOS SOBRE LOS BENEFICIOS**

Sujeto a todas las disposiciones del Contrato, cuando los requisitos del **PCC**, son debidamente cumplidos, en relación, con 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 **Póliza ProSalud Plateado** y en cualquier Enmienda o anexo al mismo.

Las siguientes penalidades, aplicarán en el caso que Ud., o su Dependiente, o cualquier otra persona, actuando en nombre de Ud., o de su Dependiente, no cumpla 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, u Hospital o Centro de Trasplante, será reducido, y será pagadero, sujeto al co-aseguro 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, relacionados con un procedimiento de Trasplante, cubierto bajo este Contrato, será **reducido y pagadero al veinte y cinco por ciento (25%)**, después que se haya satisfecho cualquier Coaseguro y/o co-pago que sea aplicable; y
- 3) Ud. o su(s) Dependiente(s), deberán satisfacer un Co-pago / Coaseguro de **US\$2,500.00**, por separado, y en adición, a cualquier otro Co-pago o Coaseguro, por cada internamiento en una Clínica u Hospital, o Centro de Trasplante.

Las cantidades adicionales que una Persona Cubierta, está obligada a pagar como resultado de una reducción, en el porcentaje de beneficios, no se podrán utilizar, para satisfacer ninguna cantidad de Co-Pago o Coaseguro establecida en este Contrato; Si 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 esta **Póliza ProSalud Plateado**, estarán sujetos a las condiciones de elegibilidad, en las fechas en las que los cargos son incurridos, y a todas las otras condiciones, limitaciones y exclusiones del Reglamento. 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) Reconocido, la Necesidad Médica de dicha hospitalización; y
- d) Proporcionado a Ud. o a su(s) Dependiente(s), la información necesaria y/o el acceso a una Clínica u Hospital o Centro de Trasplante que sea miembro de la **Red de Proveedores** de **SEGUROS AMERICA**.

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 indica 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 Ud. a su (s) Dependiente(s), o Médicos de cabecera, cuál es 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 ha: **ataques cardíacos, apoplejía, envenenamiento, paro respiratorio, hemorragia no controlable, pérdida del sentido, convulsiones y trauma severo.**

**VIII.4.3 Red de Prestadores de SEGUROS AMERICA:** significa las Clínica u Hospital, Médicos u otros Prestadores que han celebrado un contrato con **SEGUROS AMERICA** para prestar servicios médicos y hospitalarios a Miembros de **SEGUROS AMERICA, MANAGUA, NICARAGUA.**

## **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 sí o de cualquiera de sus “**Asegurados Dependientes**” inscritos, en cualquier momento y a partir del inicio de vigencia.

## **TITULO X**

### **GENERALIDADES**

#### **CLAUSULA X.1 - COMUNICACIONES**

Cualquier declaración o comunicación relacionada con la presente póliza, deberá ser enviada a las oficinas de **SEGUROS AMERICA** por escrito, a su domicilio comercial, y al Contratante a su domicilio registrado en las **Condiciones Particulares** de ésta póliza.

### **CLAUSULA X.2 - ARBITRAJE**

Ante cualquier controversia o desavenencia que surgiere del presente contrato, las partes involucradas de forma voluntaria, en base al Arto. 186 de la Ley No. 733, Ley General de Seguros, Reaseguros y Fianzas, podrán acordar dirimir la controversia o desavenencia, sometiéndose a un proceso arbitral en el Centro de Mediación y Arbitraje "Antonio Leiva Pérez" de la Cámara de Comercio de Nicaragua o en su defecto ante cualquier entidad acreditada por la Dirección de Resolución Alternativa de Conflictos, adscrita a la Corte Suprema de Justicia, conforme al procedimiento establecido en la Ley No 540, "Ley de Mediación y Arbitraje", publicada en la Gaceta, Diario Oficial No 122 del 24 de Junio del 2005. Así mismo, se establece que en caso de someter el conflicto al proceso arbitral, este se desarrollará en idioma español y en la ciudad de Managua. El tribunal se constituirá de común acuerdo entre las partes por uno o tres árbitros de equidad y calificados en materia de seguro. El pago de los honorarios será efectuado de conformidad con el arto 65 Capítulo Noveno de la Ley 540 de Mediación y Arbitraje. Todo lo estipulado de forma especial en esta cláusula, prevalecerá sobre el procedimiento establecido en la Ley 540 de Mediación y Arbitraje.

### **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.

SI-10-00.10.98

---

Firma Autorizada  
Seguros América