

SECCION I. ALCANCE DEL SEGURO

I.1. GASTOS MEDICOS

I.1.1. SERVICIOS CUBIERTOS:

Sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, el Asegurado titular y sus familiares dependientes elegibles, tendrán derecho a los beneficios de gastos médicos, si incurre en tales gastos por atención o servicios médicos.

Los beneficios de gastos médicos, consisten en una cantidad por beneficio según corresponde en el cuadro de seguro, para los gastos médicos incurridos por cada individuo Asegurado, sea titular o dependiente, durante un año calendario.

Los gastos elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, serán pagados en la cantidad y en el porcentaje establecidos en el cuadro de seguro y sujetos a completar los co-pagos, coaseguros, deducibles, y a las exclusiones limitaciones y demás estipulaciones y condiciones de esta Póliza, de acuerdo a los costos razonables, usuales y acostumbrados al área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por los servicios cubiertos.

La Compañía ha conformado a una red de proveedores, previo un contrato, firmado para ofrecer a los Asegurados una amplia gama de servicios a precios competitivos. Todos los beneficios de esta Póliza están disponibles dentro o afuera de la red de proveedores. Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago directo de la Compañía por los servicios cubiertos por esta Póliza y prestados a los Asegurados a los costos negociados previamente. Los Asegurados que utilicen proveedores que no forman parte de la red, deberán pagar por el servicio recibido y posteriormente presentar su reclamo a la Compañía, el cual si es elegible, será reembolsado al porcentaje definido en el cuadro de seguro de los costos y precios establecidos con los proveedores de la red o según una cantidad fija establecida. El utilizar proveedores que no forman parte de la red de proveedores no exime al Asegurado de preautorizar los procedimientos y hospitalizaciones que así determine la Compañía.

I.1.1.1 RECLUSIÓN HOSPITALARIA:

Para el pago de cualquier período de hospitalización se considerará el día vencido, es decir un período de veinticuatro (24) horas cumplidas. Todo servicio que se ingrese por un tiempo menor será considerado de carácter ambulatorio.

Los gastos por internamiento en un hospital incluyen los siguientes rubros:

- a. Cuarto diario, privado, semi-privado: Se pagará máximo la cantidad fijada en el cuadro de seguro según la categoría de habitación por gastos de cuarto y alimentos y cuidados generales de enfermera, recibidos durante la reclusión.
- b. Unidad de cuidados intensivos (UCI) o unidad de cuidados coronarios: Se pagará máximo la cantidad fijada en el cuadro de seguro en el área del hospital designado y autorizado por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico y que cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes. De ninguna forma la acomodación del cuarto diario con equipos especiales será considerado una unidad de cuidados intensivos.
- c. Unidad de cuidados intermedios (UCIM): Se pagará máximo la cantidad fijada en el cuadro de seguro en las áreas hospitalarias con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las unidades de cuidados intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización. No se pagará el costo de cuarto diario y unidad de Cuidado Intensivo y/o intermedios en un mismo día.

- d. Gastos Misceláneos: Se pagará máximo la cantidad fijada en el cuadro de seguro correspondiente a los cargos regulares, usuales y acostumbrados que hace el hospital, que incluyen salón de operaciones, sala de recuperación, material de cirugía, anestésicos, exámenes de rayos x y diagnósticos por imágenes, exámenes de laboratorio clínico y patológico, medicamentos, oxígeno, insumos y todos los demás servicios requeridos de acuerdo al diagnóstico del Asegurado.
- e. Equipo especial: Se pagará máximo la cantidad fijada en el cuadro de seguro a equipo especial como: video cirugía, radiofrecuencia, navegación virtual, láser, entre otros equipos de alta tecnología, siempre y cuando esté autorizada a través de la pre-certificación.

No se cubre cualquier recargo hecho por el hospital por uso de anestesiólogos o especialistas que no sean de su organización, pertenezcan o no a la red de proveedores.

I.1.1.2 SERVICIO POR ATENCIÓN EN EL CUARTO DE URGENCIAS O EMERGENCIAS

Se cubrirán como gastos elegibles por un servicio de atención en el cuarto de emergencias o urgencias la cantidad señalada en el cuadro de seguro, solamente a los costos por la utilización de dicho cuarto que incluye materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos básicos, únicamente los necesarios para la estabilización del paciente en el cuarto de urgencias y cuya enfermedad o motivo de consulta esté dentro del listado de condiciones, signos o síntomas médicos incluidos dentro de la definición de urgencias en esta Póliza. Adicionalmente incluye el médico general y enfermera de turno de esta facilidad. No se pagarán medicamentos recibidos en el cuarto de urgencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa.

- a. Urgencias por accidente: Si a consecuencia de una lesión corporal accidental un Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el cuarto de urgencia de un hospital, la Compañía pagará los gastos razonables y acostumbrados y de acuerdo a lo negociado con el proveedor por tales servicios, de acuerdo a lo indicado en el cuadro de seguro, sin exceder el máximo establecido, siempre que la atención se reciba dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de ocurrido el accidente. Se considerarán lesiones por accidentes para efecto de esta Póliza, las siguientes: esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, mordeduras o lesiones causadas por animales, heridas cortantes, penetrantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, cuerpo extraño en cualquier órgano o cavidad natural.
- b. Urgencias por Enfermedad: Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en el cuarto de urgencia de un hospital, únicamente por las siguientes enfermedades: crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras doce 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma. Este beneficio se pagará de acuerdo a lo indicado en el cuadro de seguro.

En caso de que un Asegurado utilice el cuarto de urgencias por una enfermedad o accidente no incluida en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en el cuarto de urgencias, el Asegurado deberá pagar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y luego debe presentar a la Compañía para su correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a los beneficios establecidos en el cuadro de seguro relacionados a los costos

y coberturas de consulta externa. No se cubrirán los costos de rayos X, imagenología, laboratorios, medicamentos, exámenes especiales, insumos ambulatorios, ni medios de transporte en ambulancia.

I.1.2. BENEFICIO DE CIRUGÍA:

Si un Asegurado incurre en gastos por una operación quirúrgica a consecuencia de una incapacidad, la Compañía pagará de acuerdo a las estipulaciones contenidas en el presente contrato y lo establecido en el cuadro de seguro y sujeto a las siguientes disposiciones:

- El pago será el valor usual y acostumbrado por ese procedimiento después de aplicar el deducible co-aseguro y/o co-pago, o, la cantidad realmente cobrada al Asegurado.
- Cuando existan procedimientos quirúrgicos múltiples en diferentes áreas del cuerpo, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente y sean ejecutados en la misma sesión operatoria, el pago será la cantidad pagadera por el procedimiento mayor, más cincuenta por ciento (50%) del valor por el segundo procedimiento, y veinte cinco por ciento (25%) del valor por el tercer procedimiento y cada procedimiento subsiguiente, excepto que: Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, no tendrá cobertura y o el pago será únicamente por el procedimiento principal.
- El porcentaje o unidad de valor cotizado en el cuadro de seguro incluirá la consulta normal preoperatorio, investigación y preparación del paciente Asegurado, el procedimiento quirúrgico, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el paciente Asegurado está en el hospital, y el de convalecencia siguiente a la salida del hospital.
- Cuando una operación quirúrgica no esté cotizada en la tabla vigente y aprobada por la Compañía, esta determinará el pago basado en un procedimiento semejante en su valor relativo y/o antecedentes de casos efectuados con anterioridad según archivos de la Compañía.
- El cirujano principal debe ser especialista acreditado y en caso de requerir y ser aprobado por la Compañía, un asistente de cirugía. Este debe tener especialidad afín al procedimiento realizado.

En los casos de intervenciones quirúrgicas electivas, el director médico de la Compañía puede requerir que el Asegurado consulte con un médico de segunda opinión acreditado con esta Compañía. Los gastos de dicha consulta serán asumidos por la Compañía. De no cumplir con este requisito los gastos elegibles de hospital, médicos y otros serán limitados al cincuenta por ciento (50%) de los gastos razonables y acostumbrados por todos los servicios cubiertos que requieran o no internamiento hospitalario. La Compañía no reconocerá ninguna complicación, latrogenia o accidente derivado de la atención que no cumple con el requisito expuesto.

I.1.3 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DESIGNADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS:

Para efectos de esta Póliza las siguientes son cirugías y procedimientos que han sido designados para realizarse en forma ambulatoria a menos que para el caso particular y que después de realizar el procedimiento quirúrgico y pasado el plazo de observación que el mismo requiere, el médico considere que es médicamente necesario el servicio de reclusión hospitalaria, para lo cual solicitará la autorización respectiva a la Compañía, cambiando este servicio a la modalidad de servicio de reclusión hospitalaria y se tratará como tal: cataratas, pterigio, dilatación y curetaje, endoscopias y citoscopias, hemorroidectomía externa, herniorrafia umbilical e inguinal, artroscopia, broncoscopia (con o sin biopsia), incisión y drenaje de quiste pilonidal, biopsia de mama, laparoscopia, circuncisión, cauterización cervical, colposcopia, quiste de bartolino, túnel carpal, reducción de luxaciones, laringoscopia, polipectomía, varicocelectomía, resección de tumores superficiales, colonoscopia, biopsia de la próstata. Referirse a la Tabla Internacional de los Current Procedural Terminology (CPT) ambulatorios y hospitalarios que clasifican y designan las cirugías a realizarse en forma ambulatoria.

Si se efectúan procedimientos quirúrgicos designados como ambulatorios en base a paciente hospitalizado, el pago de los beneficios se limitará al menor de cincuenta por ciento (50%) de los cargos razonables y acostumbrados hechos por todos los servicios cubiertos incluyendo hospital, médico, y cualquier otro tipo de servicios médicos ofrecidos o por suministros, los cuales estén relacionados con la cirugía efectuada o el valor que se hubiera pagado si el procedimiento fuese realizado de forma ambulatorio.

I.2 SERVICIOS DENTALES:

I.2.1. TRATAMIENTO DERIVADO DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL.

Este servicio cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el Asegurado por la atención médica y hospitalaria prestada en el tratamiento de una lesión en un diente natural, ocurrida por accidente durante la vigencia de esta Póliza incluyendo su reemplazo por pérdida total. Estos servicios deben ser prestados por un odontólogo idóneo quién deberá suministrar el detalle del tratamiento y su costo antes de iniciar los tratamientos dentales. El tratamiento deberá iniciarse dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

I.2.2. EXTRACCIÓN DE TERCERAS MOLARES IMPACTADAS O SEMI-IMPACTADAS.

Se cubrirá el costo de la cirugía solamente por la extracción de terceras molares de acuerdo al máximo establecido en el cuadro de seguro. El Asegurado debe presentar a la Compañía una radiografía previa a la cirugía para recibir autorización.

I.3. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:

Procedimiento quirúrgico primordialmente para restaurar una estructura anormal del cuerpo como consecuencia de un accidente o de una cirugía para corregir una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de una enfermedad por malignidad; y requiere autorización por la Compañía. Son elegibles en esta cobertura de acuerdo al máximo establecido en el cuadro de seguro:

- a. Lesiones sufridas por el Asegurado producto de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
- b. Una cirugía por diagnóstico de tumor maligno, ocurrida durante la vigencia de esta Póliza y siempre y cuando se determine que la enfermedad inicio durante la vigencia de esta Póliza y se demuestre que era médicamente necesaria. Cualquier gasto por cirugía de reconstrucción debería llevarse a cabo con posterioridad al tratamiento o cirugía primaria por accidente o tumor maligno del cual se derivo esta, debido a que la cirugía de reconstrucción no podía médicamente realizarse en el mismo momento que se realizó el tratamiento o cirugía primaria.
- c. Mamoplastias o reconstrucción plástica del seno luego de una mastectomía por cáncer del seno, siempre que dicha mastectomía ocurra mientras la persona esté asegurada y previa autorización de la Compañía.

I.4 BENEFICIOS DE ANESTESIA:

Si un Asegurado, a consecuencia de una incapacidad incurre en gastos por una operación quirúrgica que requiera médicamente la competencia de un médico anestesiólogo, la Compañía pagará, de acuerdo a lo establecido en el cuadro de seguro y sujeta a las siguientes disposiciones:

- a. El pago se limitará al menor de: 1) el valor usual y acostumbrado definido en el tarifario de la Compañía, o; 2) el cargo total del anestesiólogo
- b. La cantidad determinada para anestesia incluirá las visitas pre y post operatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.

- c. El valor calculado solo será pagadero cuando la anestesia sea administrada personal y necesariamente por un médico anestesiólogo que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia médicamente necesarios.

I.5. BENEFICIOS DE MATERNIDAD:

Incluye parto normal, cesárea, o aborto espontáneo. Si un Asegurado incurre en gastos de médico y hospital, la Compañía reembolsará de acuerdo a los cargos razonables y acostumbrados de acuerdo a lo establecido en el cuadro de seguro sujeto a las siguientes disposiciones:

- a) Cargos del hospital incluyendo cuidado general de enfermeras, mientras la madre amerite estar en el hospital
- b) Cargos hechos por un médico gineco-obstetra idóneo en el área donde se presta el servicio.
- c) Este beneficio es pagadero solo una vez por embarazo.

Este beneficio será pagadero siempre que se cumpla con el período de carencia indicado en el cuadro de seguro.

I.6. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

La compañía solo pagará la cantidad establecida en el cuadro de seguro sujeto a las siguientes disposiciones:

- a. Cobertura para gastos del recién nacido sano: Se incluyen los gastos elegibles y médicamente necesarios incurridos por los servicios de atención médica y hospitalaria antes de que el recién nacido salga del hospital.
- b. Cobertura especial para recién nacido prematuro: Es la atención brindada al recién nacido en estado crítico e inestable que requiere reclusión hospitalaria desde el momento de su nacimiento.
- c. Cobertura con condiciones congénitas: Es la atención brindada al recién nacido en estado crítico e inestable que requiere reclusión hospitalaria desde el momento de su nacimiento.

En caso de que la cobertura b) y c) se presente simultáneamente en el recién nacido, la Compañía solo pagará como un solo máximo para ambos de acuerdo a las cantidades establecidas en el cuadro de seguro.

Las coberturas especiales de los puntos a) y b) se pagarán de acuerdo a los máximos establecidos en el cuadro de seguro por gastos hospitalarios y honorarios médicos incurridos antes de salir del hospital y son elegibles solamente niños nacidos, mientras esta Póliza esté en vigor y que se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre.

I.7. HONORARIOS MÉDICOS INTRAHOSPITALARIOS:

Atención y tratamiento por un médico tratante. La atención estará disponible mientras el Asegurado este recluso en el hospital a causa de un accidente o enfermedad. Se cubrirán honorarios del médico tratante por la atención o tratamiento con base a los honorarios usuales y acostumbrados establecidos por la Compañía y estará limitado a una visita diaria por cada día de hospitalización.

- a. Consultores Médicos: solo en los casos previamente autorizados por la Compañía y en los que de acuerdo con la opinión del Director Médico, considere necesarios los servicios de un médico adicional para la atención de una condición distinta. Este servicio estará limitado a una visita diaria.

- b. No se pagarán beneficios por los servicios de un cirujano o anestesista, por los cuales se pagan beneficios de anestesia y cirugía; ni por visitas a ningún médico en, o después del día en que se practica una operación.
- c. No se pagarán honorarios por los servicios de manejo del dolor post operatorio.

I.8. HONORARIOS O SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CONSULTORIO:

Atención facultativa y tratamiento por un médico en su consultorio, la Compañía reembolsará tal gasto hasta la cantidad máxima por visita indicada en el cuadro de seguro.

I.9. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE O AEREA:

Este servicio está limitado a un viaje de traslado del lugar donde se contrae la enfermedad al hospital o clínica equipada para proporcionar tratamiento especial para dicha enfermedad y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalario por causa de una emergencia médica, se limita a un viaje entre instituciones hospitalarias, este servicio incluye solamente los siguientes rubros hasta los máximos indicados en el cuadro de seguro.

- a. Ambulancia Terrestre.
- b. Ambulancia Aérea: Se requiere autorización y coordinación antes del inicio del vuelo entre la Compañía y el médico tratante para el transporte en una ambulancia, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados y que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros. Caso contrario, la Compañía se reserva el derecho de no cancelar los gastos de ambulancia aérea.

I.10. BENEFICIOS DE RADIOGRAFÍAS (RX) E IMAGENOLÓGÍA, LABORATORIOS CLÍNICOS Y DE PATOLOGÍA PARA DIAGNÓSTICO:

Estos gastos serán cubiertos por la Compañía de acuerdo a lo establecido en el cuadro de seguro siempre que dichos exámenes sean médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico y ordenados por un médico. Exámenes cuyo costo supere los valores en exámenes usuales y acostumbrados, requerirán autorización de la Compañía.

I.11. EQUIPO MÉDICO DURADERO:

Esta cobertura no es de carácter general y sólo surte efecto si consta de manera específica en el cuadro de cobertura como cobertura específica.

I.12. MARCAPASOS, VÁLVULAS, PRÓTESIS O IMPLANTES PARA LA SUSTITUCIÓN DE UN ÓRGANO ESTRUCTURA O MIEMBRO:

De acuerdo a lo establecido en el cuadro de seguro, siempre y cuando la condición médica que haya generado ésta pérdida, haya iniciado dentro de la vigencia de esta Póliza. Se excluye el reemplazo de estos aparatos prostéticos o implantes.

I.13. GASTOS POR ATENCIÓN SUMINISTRADA EN EL HOGAR:

Por enfermeras graduadas y tituladas idóneas en el área donde se presta el servicio y que la enfermera no tenga relación con el Asegurado en cuarto nivel de consanguinidad, segundo de afinidad o que convivan; y requerirá previa autorización de la Compañía basados en las indicaciones médicas específicas de cuidados especiales para el manejo de administración delicada de medicamentos y drogas para la recuperación del paciente.

I.14. DROGAS O MEDICAMENTOS:

De acuerdo a lo establecido en el cuadro de seguro, aprobados por la Food and Drug Administration (FDA), y recetados por un médico siempre necesarios para el tratamiento de un diagnóstico o enfermedad elegible bajo esta Póliza y que sean médicamente necesarios. Sea ambulatorio u hospitalario.

I.15. TERAPIAS FÍSICA MIO-NEURO RESTAURATIVA:

Este servicio cubre los gastos elegibles médicamente necesarios con o sin apoyo psicológico o psiquiátrico recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o lesión por un accidente, cubierta por esta Póliza y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Excluye las terapias para patologías de columna con equipos de distracción o tracción ya sean fijos o portátiles. Se requiere que el médico tratante envíe un programa previamente definido y por escrito, documentando la duración específica y preestablecida y apoyada por un informe. El servicio debe ser brindado por un profesional idóneo y que no sea un familiar del Asegurado. El tratamiento está sujeto a la autorización de la Compañía. Los procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos son los siguientes y se pagarán de acuerdo a reembolsos y deducibles estipulados en el cuadro de seguro:

- a. Terapia ocupacional y terapia del lenguaje.
- b. Terapia para tratamiento neuro- restaurativo.
- c. Terapia física.
- d. Terapia respiratoria

I.16. COBERTURA POR TRASTORNOS MENTALES:

Aquellos que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales, se pagarán los beneficios regulares de los gastos médicos aplicables a los gastos contraídos mientras el individuo se encuentre hospitalizado.

Para gastos contraídos fuera de hospital aplica lo siguiente:

- a. Los beneficios serán determinados a razón del cincuenta por ciento (50%) de los gastos elegibles y,
- b. Por servicios de un psiquiatra profesional: 1) solamente las primeras cincuenta (50) visitas serán elegibles en cualquier Año Calendario; y, 2) a los montos específicos definidos en el cuadro de seguro.

I.17. COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS:

Esta cobertura será utilizada únicamente por los gastos elegibles en que incurra un Asegurado por servicios cubiertos por la atención médica hospitalaria necesaria para que un Asegurado reciba un trasplante de un órgano humano y para atender las complicaciones o secuelas en el estado de la salud a consecuencia directa del procedimiento de trasplante.

Se requiere coordinar con la Compañía cualquier procedimiento de trasplante de órganos, de no cumplirse con este requisito la Compañía no cubrirá ningún gasto por servicios relacionados con el trasplante de órganos en ninguna cobertura de esta Póliza.

Solo estarán cubiertos los servicios para trasplantes de los órganos y o tratamientos para el padecimiento del mismo, que se indican a continuación:

- a. Corazón, pulmón, páncreas, cornea, riñón e hígado, o alguna combinación de estos siempre que sea médicamente necesario.
- b. Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no.Hodking, Estado III A o B o Estado IV A o B.
 - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - Leucemia no linfocítica aguda del primer o segundo relapso.
 - Tumores de células germen (gameto).
- c. Médula ósea alogénica:
 - Anemia aplástica
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott.Aldrich
 - Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u osteopetrosis generalizada
 - Leucemia mielógena crónica
 - Neuroblastoma estado III o IV en niños mayores de un año
 - Beta talasemia homocigoto (talasemia mayor)
 - Linfoma de no-hodking estado III o estado IV
 - Linfoma de Hodking estado III A o B, o estado IV A o B

I.18. COBERTURA INTERNACIONAL

I.18.1. REQUISITO:

Para utilizar la cobertura internacional el Asegurado debe pre-certificar en el país de residencia, indicando el tratamiento o procedimiento que se va realizar con quince (15) días de anticipación a la Compañía para coordinar lo relacionado a los costos de hospital, segunda opinión médica en caso de tratarse de una cirugía o procedimiento, con el propósito de asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir los costos en el extranjero. En caso de una urgencia el Asegurado deberá reportar dentro de los dos (2) días laborales siguientes a dicha admisión aún cuando el Asegurado haya sido dado de alta.

De no presentar la precertificación, los gastos elegibles y médicamente indicados, serán limitados al cincuenta por ciento (50%) de lo razonable y acostumbrado establecido en la red de proveedores del país donde se recibe el servicio y no se aplicará el límite de coaseguro si lo hubiere.

1.18.2. ASEGURADOS CON COBERTURA INTERNACIONAL:

Deben utilizar la red de proveedores participantes de la Compañía en los países donde existe, incluyendo los Estados Unidos de América y los gastos serán reembolsados de acuerdo al máximo indicado en el cuadro de seguro. Si el Asegurado no utiliza la red de proveedores, las cantidades que serán reembolsadas serán iguales a la misma cantidad que la Compañía hubiera pagado si el asegurado hubiera recibido los servicios de un proveedor médico participante de la red de proveedores en el área de servicio donde incurrió el reclamo; el Asegurado será responsable de la diferencia entre la cantidad cobrada por cualquier proveedor de servicios médicos y los costos establecidos con los proveedores de la Red participantes por servicios médicos

Tarifario en los EEUU: PALIC utiliza el tarifario de Ingenix al setenta y cinco por ciento (75%) para servicios profesionales como consultas y pagos a los cirujanos igual a los servicios ambulatorios tales como radiología y laboratorios. Para hospitalizaciones reconocemos el tarifario de DRG de Medicare más cincuenta por ciento (50%). Cualquier cobro en exceso a estos tarifarios es responsabilidad del Asegurado, sin que aplique el límite por coaseguro o deducible.

Los reclamos de maternidad se cubrirán únicamente en caso de urgencia comprobada mientras la Asegurada esté viajando y se reembolsarán de acuerdo a lo establecido en el cuadro de seguro.

1.18.3. SI EL ASEGURADO NO TIENE EL BENEFICIO DE COBERTURA INTERNACIONAL.

El reembolso de los gastos será igual a la misma cantidad que la Compañía hubiese reembolsado si hubiera recibido los servicios de un proveedor participante en la Red de su país de residencia y aplicará este beneficio únicamente en casos de urgencia comprobada incurrida, mientras el Asegurado esté viajando. Estos gastos no aplicaran para el límite de coaseguro si lo hubiere. El Asegurado será responsable de la diferencia entre la cantidad cobrada por cualquier proveedor de servicios médicos fuera del país de residencia y los costos establecidos con los proveedores de la Red participantes por servicios médicos

1.19. CONDICIONES PREEXISTENTES:

Se refiere a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad diagnosticada o no al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo de un Asegurado, y no tendrá cobertura de gastos médicos si:

- a. La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza (incluyendo la fecha de concepción en el caso de embarazo), sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o,
- b. Aquella condición que según la experiencia médica indique que tal condición inició antes de la fecha efectiva del seguro, aunque esta haya sido asintomático.

Las condiciones preexistentes quedan condicionadas a las siguientes estipulaciones.

Para que una condición preexistente siguiente al período de doce (12) meses sea elegible para cobertura según el criterio único de la Compañía después de que el Asegurado haya completado pruebas de asegurabilidad, debe haber sido informada en la prueba de asegurabilidad y no haber sido excluida para cobertura en forma permanente a través de una enmienda.

La Compañía no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en el cuadro de seguro por ningún gasto causado o que se deba a, o que resulte de una condición preexistente, a menos que el gasto haya sido incurrido después de los doce (12) meses de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado.

Cualquier omisión de no haber revelado o descrito con certeza una condición médica o tratamiento podrá ser causal de terminación de la cobertura.

SECCION II.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

II.1. No están cubiertos los gastos incurridos por servicios médicos u hospitalarios por trasplante que se origine:

1. Cuando un tratamiento alternativo o procedimiento igualmente disponible para el paciente no se haya tomado en consideración para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable de la realización del trasplante.
2. Como resultado de un procedimiento por el cual al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico diseñado para reemplazar un órgano humano.
3. El trasplante de médula como tratamiento para el VIH Sida.
4. Cuando el donante es de especie animal.
5. Cuando el Asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas.
6. Cuando el trasplante se origine por un padecimiento no cubierto por esta Póliza.
7. No se cubren trasplantes de médula heterólogos en el exterior.
8. No se cubren los gastos por donantes de órganos.

II. 2 La Compañía no pagará beneficios por ningún gasto, cargos o costos por servicios médicos u hospitalarios, causados por o que se deban a, o que resulten de:

1. Beneficios o tratamientos que no estén específicamente incluidos en ésta Póliza.
2. Gastos incurridos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de esta Póliza, aún cuando la incapacidad se inició durante la vigencia de la misma.
3. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el Asegurado omitió información o hizo declaraciones falsas, incompletas o inexactas en la prueba de asegurabilidad, tanto del Asegurado principal como de sus dependientes.
4. Cualquier servicio realizado para tratar condiciones preexistentes durante los primeros doce (12) meses de la participación del Asegurado en esta Póliza.
5. Complicaciones, secuelas, enfermedades o lesiones que resulten a consecuencia de enfermedades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas originadas de condiciones no cubiertas o que fueron excluidos bajo esta póliza por no ser elegibles.
6. Gastos incurridos mientras el paciente se queda hospitalizado por más días de los aprobados en la pre-certificación médica.
7. Gastos en exceso sobre los cargos usuales y acostumbrados ni cargos en exceso a las tarifas negociadas con los proveedores participantes de la red de la Compañía si la persona utiliza un proveedor fuera de esta red.
8. Exámenes médicos de rutina o de control que no estén relacionados ni médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad, excepto se indique lo contrario en el cuadro de seguro.
9. Consultas médicas para la emisión de certificados o para la realización de viajes, empleos, colegios o escuelas.
10. Gastos correspondientes a vacunas con excepción de las que al inicio/renovación de la Póliza, sean las indicadas y obligatorias por el Ministerio de Salud del Ecuador, en el caso que se aumenten vacunas al listado, la cobertura de estas,

se incluirán en la siguiente renovación de esta misma Póliza.

11. Cualquier gasto de un procedimiento considerado como experimental o investigativo.
12. Gastos o servicios por procedimientos médicos innovadores de alta tecnología no considerados experimentales o investigativos, hasta tanto la Compañía analice su inclusión en las coberturas de esta Póliza y determine el costo requerido en caso de ser autorizados.
13. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades delictivas, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en una unidad policial o militar así como aquellos grupos fuera de la ley, lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico o sus consecuencias.
14. Lesión o enfermedad causada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura o inhalación o ingesta voluntaria de cualquier tipo de gas, o sustancia venenosa.
15. Lesión accidental o enfermedad mientras se encuentre bajo los efectos de embriaguez o de drogas ilícitas, uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o la enfermedad o lesión resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.
16. Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, provincial, municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al Asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del Asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual.
17. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de Naciones Unidas, u otro organismo internacional o por el Gobierno de los Estados Unidos de América.
18. Servicios prestados en hospitales o centros de cirugía ambulatoria para procedimientos que puedan hacerse en el consultorio médico.
19. Hospitalizaciones por motivo de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria.
20. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, curas de reposo o de convalecencia o casa de rehabilitación para cualquier condición.
21. Gastos de viajes, aún cuando sean ordenados por un médico.
22. Gastos relacionados con la obesidad, control de Peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio. Tampoco se cubre ningún gasto relacionado con las consecuencias, efectos posteriores y complicaciones de los tratamientos relacionados con estas condiciones no cubiertas.
23. Gastos por alimentación ambulatoria, (alimentación parenteral o enteral), drogas o medicinas no recetadas, remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, vitaminas o minerales.
24. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo, pero no limitándose a la queratotomía, queratoplastia, queratomeulosis y excímer láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Así mismo los relacionados a la habilitación de lentes o de audífonos o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión.
25. Cirugía laser o similar al menos que sea para corregir una enfermedad como ablación de venas safena en tal caso requiere aprobación específica y escrita por la Compañía.
26. Aquellos que se deban a tratamientos dentales y de las encías, con excepción de lo indicado en servicios cubiertos en el numeral 1.2 (servicios dentales derivados de una lesión accidental).
27. Gasto o cargo por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura.
28. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos.

29. Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales; embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones In Vitro y transferencias de embrión. Embarazos logrados a base de terapia hormonal, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente, no se pagará ningún cargo por servicios relacionados a estos tipos de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias y/o las complicaciones asociadas con estos, y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o productos (abortos, fetos o recién nacidos).
30. Cualquier medicamento utilizado para el control de la natalidad, tales como: anticonceptivos, orales, parenterales, así como, materiales o dispositivos anticonceptivos o similar y los abortivos. Se excluye cualquier secuela, complicación relacionada con los mismos.
31. Tratamientos para revertir una esterilización previa.
32. Terminación electiva del embarazo, aborto y sus complicaciones inmediatas y posteriores.
33. Gastos relacionados con la menopausia y andropausia, así como tratamientos hormonales salvo los casos específicamente aprobados por la Compañía, que deber llevar el concepto favorable del especialista de segunda opinión.
34. Cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual y los aparatos, medicamentos o cualquier otro tratamiento utilizados para este propósito.
35. Cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.
36. Lesión corporal accidental o enfermedades a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, sufrida mientras se encontraba escalando una montaña; aviación (excepto cuando se encuentre viajando, únicamente como un pasajero en una línea aérea de vuelos regulares y comerciales), incluyendo planear y saltar en paracaídas o cualquier otro deporte de altura o aéreos, deportes de invierno, carreras de caballos, motonetas o motocicletas y todo tipo de competencia de velocidad, excepto las pedestres; actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar y esquí acuático.
37. Apnea del sueño, alopecia, síndrome atencional, hiperkinesis o hiperactivismo salvo los casos específicamente aprobados por La Compañía, que deber llevar el concepto favorable del especialista de segunda opinión.
38. Gasto por estudios, tratamientos o drogas relacionadas a deficiencias por la hormona de crecimiento y sus consecuencias.
39. Prueba para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, orientación matrimonial o medicina natural (holística y homeopática), medicina deportiva, música terapia, psicoanálisis.
40. Consultas médicas o cualquier servicio médico a domicilio.
41. Gastos incurridos por un donante de órgano y cualquier costo por la compra de un órgano. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes, estudios, de donantes potenciales.
42. Gastos por tratamientos de podiatría y otros aparatos de soporte para los pies, cuidado o tratamiento de cualquier tipo de pies débiles, cansados o planos; inestabilidad o desbalance de los pies, metatarso, juanetes, callos callosidades o uñas enterradas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso bacteriano o miótico.
43. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones, excepto lo indicado en servicios cubiertos numeral I.3. Aplica para ambos sexos. La cirugía estética no se convierte en cirugía reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas o psicológicas o el peso del Asegurado.
44. Reducción o agrandamiento de las mamas, sin importar el diagnóstico y cualquier consecuencia, complicación o enfermedad relacionada a este procedimiento.
45. Gastos por reposición de prótesis fijas o removibles.
46. Cualquier recargo de anesthesiólogo, cargos de honorarios por un asistente de cirujano o por un cirujano de relevo, salvo en las cirugías que así lo exigen y sea autorizadas por la Compañía.

47. Por epidemias declaradas por el Ministerio de Salud del Ecuador o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre y sea contagiado.
48. Gastos por atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona asegurada.
49. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, estuches para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias.
50. Gastos por ingreso a un hospital para observación o cirugía electiva, por causas que no sean consideradas como una urgencia, cuando la persona sea admitida en fines de semana o días no laborables.
51. Cualquier gasto incurrido por admisiones antes de la fecha de una cirugía electiva y programada.
52. Aquéllas que se deban a enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales, excepto lo indicado en servicios cubiertos bajo el numeral 1.16.
53. Consultas o terapias por psicólogos o psicólogos clínicos, fonoaudiólogos.
54. Aquellos suministrados a un recién nacido antes de salir del hospital con excepción de los tratamientos o gastos incurridos por niños nacidos mientras esta Póliza está en vigor y que se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre.
55. Gastos de maternidad y sus complicaciones si las hubiese de hijas naturales, hijastras o hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado.
56. Gastos por servicios médicos a consecuencia de accidentes ocupacionales de los cónyuges y dependientes elegibles.
57. Cirugía maxilofacial de cualquier origen estético o congénito, incluyendo la parte odontológico.
58. Gastos por extracciones de células madre en el recién nacido o de otra fuente humana o animal.
59. Cualquier complicación derivada de un procedimiento médico o quirúrgico excluido o limitado en esta Póliza.
60. Exámenes de ADN, genética o todo lo relacionado a estos procedimientos.
61. Prótesis externas o implantables del oído
62. Gastos por internamiento hospitalarios para evitar la Justicia, cuándo el asegurado esta en conflicto con la ley y es declarado culpable de un hecho delictivo o accidental.
63. Los gastos provocados por accidente o mala práctica médica cuando se haya comprobado negligencia e impericia
64. Gastos por enfermedades producidas o agravadas cuando un Asegurado realice prácticas que atenten contra su salud, o que haga caso omiso a las recomendaciones médicas y por esta razón se produzca agravamiento o compilación de su estado de salud.

SECCION III.-. DEFINICIONES

Las palabras y frases que a continuación se detallan tendrán el significado que aquí se establecen.

ACCIDENTE: Es un suceso imprevisto, repentino y fortuito, originado por una causa externa independientemente de la voluntad del Asegurado y que estando en vigencia esta Póliza cause a este lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Para ser considerado como accidente, se requerirá que la lesión o el trauma sufrido como consecuencia del mismo, requiera atención médica inmediata dentro de las veinte y cuatro (24) horas siguientes al suceso.

AMBULANCIA: Transporte de emergencia terrestre o aéreo, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades del lugar donde se contrae la enfermedad a un hospital.

APARATOS ORTOTICOS: Aditamentos externos que restringen, eliminan o redirigen el movimiento de una parte débil o enferma del cuerpo, como por ejemplo: abrazaderas, bracers, corsets, férulas, yesos para ligamentos lastimados, etc.

- **Implante Ortopédico:** Aquellos ordenados por un médico ortopeda para ser utilizados después de una intervención quirúrgica, o corrección mecánica como tratamiento para desviaciones, deformidades y fracturas. Artefacto que reemplaza un órgano o miembro del cuerpo.

ASISTENCIA QUIRÚRGICA O ASISTENTE DE CIRUJANO: Es un Médico legalmente autorizado que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo la Póliza. El uso de un Cirujano Asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa del Director Médico de la Compañía.

CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA: Centro o establecimiento, que:

1. Este autorizado por la ley correspondiente a realizar ciertas intervenciones quirúrgicas menores que no requieren una estadía hospitalaria y que sean específicamente detallados en su licencia; y,
2. La ley reglamente tal facilidad, que cumpla todos los requisitos siguientes:
 - a. Que esté establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos.
 - b. Funcione bajo la supervisión de un doctor en medicina con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y permita la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un médico calificado, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en, por lo menos, un hospital en la misma área de servicio.
3. Provea:
 - a. Los servicios de un anestesiólogo con licencia que administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico (excepto en los casos que se requiera anestesia local);
 - b. Por lo menos, dos (2) salas de operaciones y una sala de recuperación post-anestesia;
 - c. Los servicios a horario completo de uno o más enfermeros graduados; y,
4. Mantenga:
 - a. Un contrato escrito por lo menos con un Hospital en el Área de Servicio para la aceptación inmediata de los pacientes que tengan complicaciones que requieran hospitalización post-operatoria; y,
 - b. Un registro médico adecuado, para cada paciente, que incluya (excepto en los casos de procedimientos que

requieran anestesia local), un diagnóstico de admisión, informe de examen preoperatorio, historia clínica, informe operatorio y un resumen del alta del paciente.

CO-ASEGURO: Es el porcentaje de los gastos elegibles después de haber cubierto el deducible que debe ser asumido por el Asegurado. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

COMPAÑÍA: Pan-American Life Insurance Company Sucursal en Ecuador, es la entidad que asume la cobertura de los riesgos objeto de esta Póliza y garantiza el pago de las indemnizaciones indicadas en esta Póliza.

CONDICION O ENFERMEDAD CONGENITA: Enfermedad o trastorno generado durante la gestación existente en el nacimiento o a partir de él, que haya sido diagnosticada médicamente o no, o no haya sido detectada en ese momento; o bien que haya sido tratada o evaluada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la edad adulta. Las Enfermedades congénitas, diagnosticadas o no, antes de la vigencia de la cobertura no tendrán cobertura

SOLICITANTE: Persona natural o jurídica que suscribe este contrato y se compromete al pago de las primas.

COSTO Y GASTO RAZONABLE, USUAL, Y ACOSTUMBRADO: Es el cargo u honorario usual que facturaría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades análogas o similares por su naturaleza o severidad.

Los cargos u honorarios facturados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en una área de servicio serán determinados por la Compañía tomando en cuenta factores tales como la complejidad, el grado de habilidad necesario, el tipo de especialista requerido, y los cargos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. La Compañía utiliza el costo razonable, usual, y acostumbrado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio y después aplica los beneficios correspondientes.

- Gastos Elegibles: Son los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios que han sido ordenados por un médico, cuentan con las aprobaciones requeridas y están cubiertos bajo esta Póliza.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Es el reporte final emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica completa del Asegurado como paciente, incluyendo todos los exámenes físicos, pruebas de laboratorio y de rayos X, y cualquier otro procedimiento o prueba diagnóstica, que haya sido confirmado con el examen histopatológico o citológico (de ser así necesario), y por el cual se confirma la condición o enfermedad del mismo.

ENFERMEDAD: Se refiere a cualquier alteración de la salud, trastorno o condición que sufre un Asegurado, cuyo origen sea posterior a la vigencia de esta Póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD TERMINAL: Es una condición médica o enfermedad irremediable, diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de esta Póliza que por certificación mayoritaria de un Tribunal Médico, conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía, y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros, con razonable certeza causará la muerte del Asegurado dentro de los doce (12) meses siguientes a la certificación del Tribunal Médico.

EQUIPO MEDICO DE ALTA TECNOLOGIA: Se refiere al equipo médico de tecnología de punta, que tiene como condición el ingreso reciente al mercado y que utiliza novedosos y sofisticados métodos de diagnóstico o tratamiento médicos, debe ser utilizado por profesionales muy calificados y su verdadera utilidad costo eficiente debe ser comprobada por la medicina basada en la evidencia.

EQUIPO MEDICO DURADERO: Es el equipo médico prescrito por un médico, diseñado para uso continuo y que es médicamente necesario para mejorar el funcionamiento de una malformación del organismo, el tratamiento de una enfermedad, o para impedir un mayor deterioro de la condición médica de un Asegurado. Equipo médico duradero incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, y otros equipos similares, de acuerdo con la determinación y previa autorización de la Compañía. No incluye equipo que sirva una función de conveniencia únicamente. No todas las pólizas ofrecen este beneficio. Refiérase al punto I.11.

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Significa que un tratamiento, procedimiento, diagnóstico, suministro, tecnología, período de hospitalización o parte del mismo, que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales reconocidas por la Comunidad Médica Internacional (tales como la FDA o comunidad europea), o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

HOSPITAL: Es una institución organizada y con licencia para operar como hospital general por las autoridades y de acuerdo con la ley vigente en el área donde se encuentre ubicado. Cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes, y con facilidades médicas, diagnósticas, urgencias, laboratorios y quirúrgicas para el tratamiento y cuidado de personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, durante las veinte y cuatro (24) horas del día, y bajo la supervisión y atención de un equipo de médicos y enfermeras graduados y con licencia para operar.

En ningún caso el término "hospital" significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, centro de convalecencia, o de ancianos, o de tratamiento de rehabilitación de adictos a drogas y alcoholismo.

HOSPITALIZACIÓN: Se refiere al internamiento del Asegurado ordenado por un médico en un hospital, por un período mínimo de veinte y cuatro (24) horas, para el tratamiento de una enfermedad, condición o accidente cubierto bajo esta Póliza.

LESIONES CORPORALES: Traumas o lesión física que resulta de un accidente sufrido por el Asegurado mientras esta Póliza esté en vigor y que resulte directa o independientemente de cualesquiera causas no excluidas por la misma.

MATERIALES O SUMINISTROS MEDICOS: Define aquéllos que, por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del Asegurado.

MEDICAMENTO NECESARIO: Significa un tratamiento, servicio, diagnóstico suministro, medicamento, proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que la Compañía acepte y que cumple con los siguientes parámetros:

1. Es apropiado para tratar el diagnóstico, enfermedad o accidente.
2. Es consistente con las normas aceptadas de las prácticas médicas o profesionales.
3. No está destinado a promover la comodidad o conveniencia del Asegurado, de su familia, médico u otro proveedor.
4. Que satisface el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado. Ha

sido prescrito por el médico tratante y autorizado por el médico de la Compañía.

5. Que en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda suministrarse como paciente externo sin incurrir en riesgo de su vida o salud.

MEDICO: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, prestar servicios médicos, quirúrgicos en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia. Médico, para los efectos de esta Póliza no significa un Asegurado, así como tampoco cualquier miembro de la familia del mismo.

MEDICO O PROVEEDOR NO PARTICIPANTE: Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios médicos que no tiene un contrato vigente con la Compañía o con una empresa contraída por la Compañía para proporcionar los servicios de una Red de Proveedores Participantes a Asegurados.

MEDICO O PROVEEDOR PARTICIPANTE: Se refiere al médico, grupo de médicos u otro proveedor de servicios médicos que reúne todas las condiciones requeridas en su contrato con la Compañía o en un contrato de una empresa contraída por la Compañía para proporcionar los servicios de una Red de Proveedores Participantes a los Asegurados.

PROTESIS: Estructura que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo tales como: ojos, piernas, brazo, etc.

RED DE PROVEEDORES. Es el conjunto de proveedores de servicios médicos que han efectuado un contrato con la Compañía para suministrar servicios a los Asegurados con precios favorables.

RESIDENCIA: Es el domicilio del asegurado dentro del país, en el cual el asegurado permanezca por lo menos diez (10) meses seguidos.

SEGUNDA OPINION MEDICA: Es la opinión profesional adicional a la originalmente emitida, requerida por la Compañía, antes que el Asegurado reciba un servicio o tratamiento médico elegible bajo esta Póliza.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Todos aquellos servicios recibidos en un hospital, en una unidad de cirugía ambulatoria o alguna entidad similar y que no conllevan una hospitalización. Se refiere a aquellos servicios médicos recibidos como pacientes externos no hospitalizados.

CONSULTA MEDICA: Es una entrevista o tratamiento personal entre el Asegurado y un médico, excluye llamadas telefónicas u otro medio de comunicación, en el cual el médico no vea y examine personalmente al Asegurado.

CONSULTA INTRAHOSPITALARIA: Es una visita médica de rutina o seguimiento que hace el médico a un Asegurado hospitalizado.

SECCION IV.-. ESTIPULACIONES APLICABLES A LA COBERTURA

IV.1. ELEGIBILIDAD PARA SEGURO

IV.1.1 ELEGIBILIDAD PARA EL ASEGURADO TITULAR

Para que se emita un seguro a un solicitante, debe cumplir la condición necesaria de elegibilidad. Esto se comprueba a través de la solicitud de seguro individual, para comprobar la edad, estado de salud, y otros elementos evaluativos o mediante examen o historial médico.

Edad máxima de elegibilidad: Hasta el cumplimiento de los 65 años

IV.1.2. ELEGIBILIDAD PARA DEPENDIENTES DEL ASEGURADO

Los familiares dependientes elegibles son el cónyuge legítimo o compañero permanente registrado en la Compañía (hasta el cumplimiento de los 65 años) o los hijos solteros de un Asegurado lo cual incluye un hijastro o hijo adoptado legalmente cuyas edades sean entre los diez (10) días de nacido y los diez y nueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años de edad si es estudiante de tiempo completo en un colegio acreditado en una Universidad y dependan del Asegurado para su ayuda y sostenimientos. La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier prueba que estime necesaria para verificar las condiciones de elegibilidad de dichos estudiantes.

El Asegurado tendrá derecho a incluir a sus familiares dependientes elegibles de la siguiente manera y de acuerdo a los beneficios del cuadro de seguro:

- a. En la fecha de la contratación, si tiene uno o más familiares dependientes o,
- b. En la fecha en que adquiera un familiar dependiente

La cobertura será efectiva:

En la fecha que el asegurado es elegible para seguro completando su Solicitud de Seguro por escrito y presentándola a La Compañía dentro del período de treinta y un (31) días siguientes a la fecha de efectividad.

Si la Solicitud es completada y presentada a La Compañía después de treinta y un (31) días de la fecha de su elegibilidad, debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad a la Compañía sin costo para esta, y dicho seguro será efectivo en la fecha designada por la Compañía.

Si un familiar dependiente se encuentra hospitalizado en la fecha en que el Asegurado hubiera podido quedar asegurado con respecto a dicho familiar dependiente, la fecha efectiva de los beneficios del Seguro en lo que respecta a ese familiar dependiente quedará pospuesta hasta que se restablezca de la condición por la cual estuvo hospitalizado.

IV.1.3 ELEGIBILIDAD DEL RECIEN NACIDO:

- a. Será elegible desde el primer día de recién nacido, siempre y cuando el Asegurado titular haya pagado la prima correspondiente desde el primer día que inició el embarazo. Esta notificación no podrá ser realizada posterior a la semana veinte (20) de gestación.
- b. Inscripciones posteriores a estas fechas estarán sujetas a completar el formulario de asegurabilidad, sujeto a la evaluación por parte de la Compañía sin costo alguno a esta. La fecha de inclusión será determinada por la Compañía, siempre que dicha prueba sea satisfactoria; en el caso de que dicha prueba de asegurabilidad no sea satisfactoria, el recién

nacido no podrá ser considerado para los fines de seguro como familiar dependiente y por lo tanto no se le proporcionará seguro como tal, sin embargo esta condición no será aplicable a un recién nacido si el Asegurado principal se encuentra asegurado en lo que respecta a seguro para familiares dependientes antes del nacimiento de dicho niño, cuya inclusión en el seguro se hará al completar el formulario de adición para dependientes

IV.2. REGISTRO DE FAMILIARES DEPENDIENTES ASEGURADOS

El Asegurado debe suministrar periódicamente la información relacionada con sus familiares dependientes que queden asegurados, cambios en las cantidades del seguro, y terminaciones de seguro, conforme se lo exija la Compañía con fines de administrar el seguro.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida de parte del Asegurado al notificar el nombre de algún familiar dependiente que se halle habilitado para recibir los beneficios del seguro y esté pagada la prima, no privará al Asegurado o familiar dependiente asegurado del seguro, ni afectará el importe de éste; ni tampoco la omisión en notificar la terminación de un familiar dependiente se tomará en el sentido de que tal seguro continúe vigente más allá de la fecha de terminación fijada de acuerdo con las estipulaciones de esta Póliza.

IV.3. PRECERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINION

Para todas las admisiones hospitalarias y procedimientos médicos y quirúrgicos electivos o programados y de exámenes especiales para diagnóstico, de alto costo y tecnología, ya sea que requieran internamiento hospitalario o no, que no sean de urgencia, a efectuarse dentro o fuera del país, se requerirá una pre-autorización médica, solicitada a la Compañía siete (7) días—si son locales—y quince (15 días)—si son en el extranjero—antes del procedimiento, al igual la Compañía podrá requerir o no una segunda opinión para todos los procedimientos quirúrgicos electivos, no de urgencia.

Todas las admisiones por urgencia deben ser reportadas en un período dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a su admisión y antes de su salida del hospital. Si la admisión es pre-certificada y el Asegurado se queda hospitalizado por más días de los autorizados en la Pre-Certificación, no se pagarán los cargos incurridos durante esos días adicionales.

El médico tratante podrá solicitar días adicionales a los autorizados inicialmente justificando la necesidad médica de los mismos a la Compañía quien evaluará la necesidad de los mismos y podrá autorizar o rechazar el pago. El Asegurado será responsable de pagar al proveedor los gastos adicionales en caso de no ser autorizados por la Compañía los cuales no serán reembolsados.

Todos los procedimientos médicos dentro del hospital, que no guarden relación con el diagnóstico original por el cual la Pre-Certificación fue obtenida, deberán ser analizados y aprobados por la Compañía, para que los mismos sean autorizados o reembolsados.

Si no se cumplen los requisitos de precertificación o segunda opinión para los procedimientos que así lo requieran, los gastos elegibles, tanto de médicos, hospitales u otros proveedores se limitarán al cincuenta por ciento (50%) de los cargos razonables y acostumbrados si se determina que fueron médicamente necesarios y no aplicarán para completar el límite de coaseguro si lo hubiese. No tendrán cobertura alguna aquellos gastos no precertificados que se determinan no ser médicamente necesarios de conformidad con el criterio de la Compañía.

No serán cubiertos gastos médicos por cargos en exceso a las tarifas negociadas con los proveedores, ni en exceso de las tarifas usuales y acostumbradas.

IV.4. RESPONSABILIDAD

La Compañía no se hará responsable por la calidad del servicio recibido de cualquier institución o individuo. Esta Póliza no da al Asegurado ningún derecho a reclamación o acción contra la Compañía, basado en un acto de omisión, negligencia, impericia, o comisión de un hospital, enfermera, médico o proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza

IV.5. VIGENCIA, RENOVACION Y TERMINACION DEL SEGURO.

Fecha de vigencia del Asegurado: se refiere a la fecha en que comienza la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza, por el período de vigencia de la misma.

Fecha efectiva de esta Póliza: Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza, la cual es indicada en la carátula de esta misma y que determinará las fechas de las renovaciones subsiguientes de esta Póliza. La fecha efectiva está indicada en la solicitud de seguro aprobada por la Compañía.

Esta Póliza entra en vigencia en la fecha de inicio del seguro indicada en las condiciones particulares, siempre que haya sido firmada por las partes y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente según lo pactado y terminará en la fecha indicada en dichas condiciones particulares.

- a. El Seguro en lo que respecta al Asegurado titular, cesará inmediatamente en cualquiera de las siguientes fechas: a) la fecha en que deje de pagar las primas al vencimiento de éstas b) la fecha en que termine el seguro con esta Póliza; c) la fecha en que la Compañía ponga fin a la cobertura; d) cuando el Asegurado cometa o participe en cualquier acto fraudulento contra el seguro o la Compañía.
- b. El seguro en lo que respecta a los familiares dependientes cesará inmediatamente en cualquiera de las siguientes fechas: a) la fecha en que deje de pagar las primas al vencimiento de éstas b) la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado; d) la fecha en que termine el seguro del Asegurado con esta Póliza ; e) la fecha en que la Compañía ponga fin a la cobertura de todos los familiares dependientes; f) la fecha en que cumpla el familiar dependiente la edad de terminación de cobertura de acuerdo a lo establecido en esta Póliza; y g) cuando el Asegurado o cualquiera de sus dependientes cometa o participe en cualquier acto fraudulento contra el seguro o La Compañía.

La Compañía tiene la facultad de no renovar la Póliza en la fecha de vencimiento.

IV.6. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada estipulada en las condiciones particulares de esta Póliza, representa para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad; por lo tanto, en ningún caso se le podrá hacer reclamación por una suma superior.

IV.7. DEDUCIBLE

Es la cantidad predeterminada de dinero que por cada año calendario requiere cubrir cada Asegurado antes que los beneficios otorgados bajo el plan de seguro, por concepto de gastos médicos elegibles, sean reembolsables por la Compañía.

El Deducible no es reembolsable bajo esta Póliza. La cantidad deducible está indicada en el cuadro de seguro.

Los siguientes cargos o gastos no podrán usarse para satisfacer la cantidad deducible: (1) cantidades que sobrepasen los límites de los costos razonables y acostumbrados establecidos por la Compañía; (2) Co-pagos y Co-Aseguro; (3) gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no están cubiertos bajo esta Póliza; (4) cualquier suma de dinero que el Asegurado esté obligado a pagar debido a una reducción en los beneficios pagaderos bajo la Póliza. En los casos en que exista un deducible para cada una de las áreas geográficas estipuladas en el cuadro de seguros de esta Póliza, la cantidad de dinero acumulada en concepto de deducible para una determinada área geográfica no forma parte del deducible que se requiera acumular para las otras áreas geográficas en el año que corresponda. En caso de un accidente en el cual más de un miembro de la familia sufre lesiones, solamente un efectivo deducible es aplicable en cada año civil por los gastos médicos totales contraídos como resultado de dicho accidente, pero solamente en relación con gastos elegibles por o como consecuencia del mismo accidente.

TRASLADO DEL DEDUCIBLE: Si una parte o todo el efectivo deducible para un año calendario de un Asegurado ha sido aplicado contra gastos médicos incurridos durante los últimos tres (3) meses de dicho año calendario el efectivo deducible de un Asegurado para el siguiente año calendario será reducido por la cantidad aplicada. Referirse al cuadro de coberturas.

IV.8. CO-PAGO

Monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor servicios de médicos u hospitalarios, después de completar el deducible, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en esta Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por la Compañía.

IV.9. AMBITO TERRITORIAL

Área geográfica dentro de la cual los servicios elegibles bajo el plan de seguro son proporcionados al Asegurado. La cobertura puede ser local o internacional.

Cobertura con limitación geográfica: es la cobertura ofrecida solamente en un área geográfica dentro de la cual los servicios elegibles bajo esta Póliza son proporcionados al Asegurado de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados de dicha área.

Cobertura internacional o mundial: Es la cobertura ofrecida fuera del área geográfica de residencia.

IV.10. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES

Todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente Póliza serán responsabilidad del Solicitante/ Contratante.

IV.11. PAGO y CALCULO DE PRIMAS:

El Asegurado pagará las primas por adelantado, en la oficina de la Compañía. Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral, o mensualmente y mediante petición por escrito, puede cambiarse la forma de pago en cualquier renovación de esta Póliza con el ajuste que corresponda de acuerdo a la forma de pago.

Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia de la Póliza, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas de primas que anteceden. La Compañía tiene el derecho de MODIFICAR las tarifas: 1°) Luego de cada año de vigencia

de esta Póliza; y 2º) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las tarifas que entonces se cobren, hayan estado en vigor por doce (12) meses y siempre que la Compañía notifique al asegurado por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación a la fecha tratada.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

1. Las tarifas vigentes.
2. Los beneficios de esta Póliza;
3. Número de unidades de familiares dependientes.
4. Experiencia previa del grupo asegurable.
5. Inflación médica.

Esta Póliza estará vigente durante el período de seguro pactado de un año renovable. Terminado el mismo podrá ser renovada con iguales o diferentes condiciones y deberá ser comunicado por escrito a la Compañía. Si no se recibe confirmación en la fecha de renuevo se procederá a dar por terminada esta Póliza.

IV.12. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Se concederá un período de gracia de treinta y un (31) días sin cobro de interés para el pago de la prima bajo la Póliza en cualquier fecha de vencimiento; excepto la primera cuota.

Si alguna prima no se paga antes de terminar el período de gracia, quedará entonces terminada esta Póliza, y el Solicitante/Asegurado de todos modos deberá pagar una prima prorrateada por los días de gracia.

IV.13. TERMINACIÓN ANTICIPADA

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, devolviendo el original de esta Póliza, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación al Asegurado en su domicilio con antelación no menor de diez (10) días y si no pudiere determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad en que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación; en este caso, queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrateada. Cuando la Compañía dé por terminado el contrato deberá especificar claramente la fecha de terminación del mismo.

I.14. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta Póliza, el Asegurado podrá acudir (hacer la reclamación) a cualquiera de ellos a su elección, en cuyo caso la Compañía a la que acuda pagará el valor real de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados incurridos y coordinará con los otros seguros de tal forma que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos ni exceda de la suma asegurada.

IV.15. REHABILITACION

Si un Asegurado cuyo seguro ha sido terminado, podrá rehabilitar su cobertura presentando prueba de asegurabilidad que estará sujeta a la evaluación de la Compañía.

SECCION V - DE LOS RECLAMOS

V.1. AVISO DE SINIESTROS

El aviso escrito de cualquier lesión o de enfermedad en que se base la reclamación debe presentarse a la Compañía a más tardar a los noventa (90) días después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la incapacidad que produjo la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Compañía, a más tardar a los noventa (90) días después de terminarse el período por el cual los beneficios son pagaderos bajo este Póliza.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

V.2. PAGO DE LA INDEMNIZACION

Si la Compañía acepta una reclamación en caso de un siniestro amparado por esta Póliza, tendrá la obligación de pagar al Asegurado o beneficiarios, según corresponda, la indemnización correspondiente a la pérdida debidamente comprobada, dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a aquel en que le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según este contrato, sean indispensables. En caso que el reclamo sea rechazado por la Compañía, se estará a lo dispuesto en la Ley de Seguros.

La Compañía tendrá derecho y la oportunidad de que un médico designado por ésta examine a la persona reclamante bajo este Póliza cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable.

V.3. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACION DE SINIESTROS

Los requisitos mínimos para presentar una reclamación son los siguientes:

1. Formulario de reclamación médica proporcionado por la Compañía, debidamente completado y firmado por el Asegurado, así como por el médico tratante quien incluirá su sello y firma.
2. Originales de recetas, recibos, órdenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico, firmadas y selladas por el médico.
3. Originales de facturas y/o recibos, de pagos al contado, firmados y sellados que sustenten los gastos médicos.
4. Resultados de radiografías, ultrasonidos, tomografías, exámenes de laboratorio y de cualquiera otro examen de diagnóstico y seguimiento.
5. Copia del expediente clínico o historia médica del Asegurado.
6. Informes médicos (Reporte Operativo, Reporte Histopatológico, etc).
7. Formulario de hospitalización debidamente completado y firmado por el Asegurado y médico tratante.
8. Pre-certificación autorizada por la Compañía, para hospitalización y exámenes especiales de alto costo.
9. Resultado del protocolo médico.

Expresamente se conviene que el Asegurado Principal o sus Familiares Dependientes, renuncian al secreto de sus expedientes médicos, las cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía

V.4. SUBROGACION

En virtud del pago de la indemnización, la Compañía se subroga hasta el monto de su importe en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del siniestro. El Asegurado no podrá renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro en perjuicio de la Compañía. Tal renuncia le acarrearía la pérdida del derecho a la indemnización. A petición de la Compañía, el Asegurado deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos de subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarree a la Compañía su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta proviene de su mala fe perderá el derecho a la indemnización. La Compañía no puede ejercer la acción subrogatoria en los casos contemplados en la ley.

SECCION VI. ASPECTOS LEGALES

VI.1. CESION

La presente Póliza no podrá cederse ni endosarse, antes o después del siniestro, sin previo conocimiento y autorización escrita de la Compañía. La cesión o endoso que se efectúe contraviniendo lo dispuesto en esta cláusula, privará al Asegurado o a quien éste hubiere transferido esta Póliza, de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

VI.2. ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho estricto. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

VI.3. NOTIFICACION

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito, dirigida a la última dirección conocida por la otra parte.

VI.4. JURISDICCION

Cualquier litigio que se suscitare entre la Compañía y el Asegurado, con motivo del presente contrato de seguro, queda sometido a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deben ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el Asegurado o beneficiario, en el domicilio del demandado.

VI.5. PRESCRIPCION

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen.

