

CONDICIONES PARTICULARES ESPECIFICAS GASTOS MÉDICOS MAYORES

BASES DEL CONTRATO

Artículo 1º: La presente Póliza se emite en base a las declaraciones del Asegurado o Tomador, consignadas en la Solicitud de Seguro. Dichas declaraciones son la causal determinante del contrato, entendiéndose como completas y veraces, emanadas y certificadas por el Asegurado o Tomador mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando éstas no fueran escritas por él mismo.

A los efectos de este Contrato la póliza será nominativa. Cualquier modificación de la misma sin intervención del Asegurador carecerá de valor.

DEFINICIONES

Artículo 2º: A efectos de este contrato de seguro se entiende por:

- a. ASEGURADOR.** Es la compañía aseguradora. Empresa o sociedad debidamente autorizada por la Autoridad de Control para dedicarse a la contratación de seguros y reaseguros, emite la póliza a cada asegurado y asume el riesgo de las coberturas amparadas en la póliza.
- b. ASEGURADO:** Es la persona física, sobre la que recaen los riesgos cubiertos en la Póliza.
- c. TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que suscribe (adquiere) el contrato con el Asegurador. No siempre es la persona asegurada ni el beneficiario designado.
- d. BENEFICIARIO:** Es la persona física o jurídica designada(s) como tal en la Propuesta de Seguro, y que efectivamente recibe la indemnización en los casos previstos en la póliza. Suele tener un vínculo común de interés con el Asegurado o el Tomador ya sea personal, familiares, o económicos. La designación de beneficiarios es voluntaria e ilimitada.
- e. BENEFICIARIO TITULAR:** Es la persona física que contrata uno de los planes de cobertura médica.
- f. BENEFICIARIOS ADICIONALES O ADHERENTES:** Se denomina así a los familiares del Beneficiario Titular o a los familiares de los asociados, funcionarios o empleados en caso de persona jurídica, y que forman parte de su grupo familiar.
- g. PRIMA ANUAL:** Es el monto que tiene que satisfacer el Tomador o el Asegurado al Asegurador en periodos anuales hasta el término de la vigencia estipulada en la póliza de seguro en concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo que éste le ofrece. Está compuesto por la prima de riesgo, gastos administrativos (gestión interna y externa) y margen de utilidad para la empresa.
- h. PREMIO:** Resultado de sumar a la prima los gastos impositivos de emisión de la póliza.
- i. FRANQUICIA O DEDUCIBLE:** Es el monto indicado en las Condiciones Particulares que el asegurado debe hacerse cargo necesariamente en cada siniestro, independientemente de la intensidad del mismo.
- j. GRUPO FAMILIAR:** Es la unión de grupo de personas, vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda. Para efectos de la presente póliza, se considera como Grupo Familiar a las personas designadas y limitadas explícitamente como tales en las Condiciones Particulares,
- k. GASTOS MÉDICOS:** a efectos de la presente propuesta, se entiende como "gastos médicos" al monto que deba abonar cualquier persona del Grupo Familiar, sobre el exceso de la franquicia deducible hasta el monto mencionado por grupo familiar.
- l. GASTOS MÉDICOS MAYORES:** Gastos que superen la franquicia deducible pactada en la póliza de seguros.
- m. EVENTO O SINIESTRO:** A los fines de este contrato se considerará EVENTO O SINIESTRO, a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica, accidente, patología, o cualquier complicación que afecte la salud del asegurado, que se tendrá en cuenta desde su diagnóstico y/o declaración, independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico clínicos o quirúrgicos que requiera, inclusive en las sucesivas o alternadas renovaciones. Todo suceso posterior relacionado a un mismo evento, **ocurrido tras haberse cumplido el plazo de 90 (noventa) días desde la alta o egreso hospitalario**, se considera como evento nuevo.
- n. SEGURO :** Toda transacción comercial, basada en convenio o contrato por el cual una parte denominada asegurador o fiador se obliga a indemnizar a otra parte denominada tomador o asegurado, o a una tercera persona denominada beneficiario, por daño, perjuicio o pérdida causada por algún azar, accidente, o peligro especificado o indicado a la persona, intereses o bienes de la segunda parte contratante, su beneficiario, su cesionario, su causahabiente o similar, a cambio del pago de una suma estipulada;
- o. REASEGURO:** La transferencia de parte, o la totalidad, de un seguro suscrito por un asegurador o reasegurador, denominándose cedente al asegurador original y reasegurador al segundo;
- p. REASEGURADOR:** Toda empresa o sociedad debidamente autorizada para dedicarse exclusivamente a la contratación de reaseguros, y sus actividades consecuentes;
- q. AGENTE, PRODUCTOR O CORREDOR DE SEGUROS:** Toda persona natural o jurídica que sea autorizada como tal por la Autoridad de Control que intermedie en la contratación de seguros;
- r. LIQUIDADOR DE SINIESTROS:** Toda persona natural o jurídica que sea autorizada como tal por la Autoridad de Control y que como profesional independiente, por honorarios, investigue y determine las valuaciones de los daños ocasionados por siniestros y negocie el acuerdo de las reclamaciones que surjan de la ejecución de contratos de seguros;
- s. AUDITOR MÉDICO:** Firma asociada con la compañía aseguradora con conocimiento idóneos en materia de medicina prepaga.
- t. CORREDOR DE REASEGUROS:** Toda persona natural o jurídica debidamente autorizada, que actúa en los negocios y contratos de reaseguros como intermediario entre las empresas de seguros y las reaseguradoras, percibiendo una comisión por sus servicios;
- u. SECCIÓN DE SEGURO:** Nombre que se da al conjunto de seguros específicos agrupados en razón a la homogeneidad de los riesgos en cada ramo.
- v. ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, imprevisto, fortuito, súbito y violento por cuya consecuencia un beneficiario puede sufrir lesiones corporales que requieran atención médica o le causen la muerte.
- w. ALTA:** Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, interacción, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.
- x. ASISTENCIA AMBULATORIA:** Modalidad de actuación realizada por uno o más integrantes de un equipo de salud, de forma independiente, a pacientes en régimen de no internación, en sus domicilios o donde se encuentren, fuera de un recinto hospitalario.
- y. COBERTURA MÉDICA:** Designa al conjunto de prestaciones médicas contemplados en el/los Plan/es ofrecidos por la Empresa a sus beneficiarios y que incluyen, consultas, análisis, exámenes diagnósticos e internaciones en sanatorio, según el plan elegido y a los que tiene derecho, mediante el pago de una cuota mensual
- z. EGRESO HOSPITALARIO:** Paciente que deja el establecimiento/servicio hospitalario, ya sea por alta, por defunción (óbito), o por traslado (transferencia).
- aa. ENFERMEDAD:** Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
- bb. ENFERMEDAD O CONDICION PRE-EXISTENTE:** Es aquella que fue diagnosticada por un médico o que presentó síntomas, desórdenes y/o signos evidentes, antes de la incorporación del beneficiario. Estas condiciones deben ser manifestadas por el beneficiario en la Declaración Jurada de Salud para su evaluación por parte de la aseguradora.
- cc. ENFERMEADES O DESORDENES CONGENITOS:** Son aquellos existentes al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa y del tiempo en que se manifiesten.
- dd. ENFERMEADES CRÓNICAS:** Son aquellas persistentes o que continúan durante un período de tiempo igual o superior a 6 semanas.
- ee. EXCLUSIONES:** Se denomina así a todos los eventos que no se encuentran cubiertos por el plan de cobertura médica, y que se encuentran detallados en las Condiciones generales del plan, sean ellos circunstancias, gastos, padecimientos, procedimientos y/o tratamientos.

ff. HOSPITAL/SANATORIO: Establecimiento de salud destinado a prestar asistencia sanitaria en régimen de internación a la población pudiendo disponer de asistencia ambulatoria u otros servicios.

gg. INTERNACION: Admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período igual o mayor a 24 horas.

hh. LAS ALTERACIONES O ENFERMEDADES: Que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerará como enfermedad a las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el beneficiario/paciente.

ii. NIVELES: Valor arancelado pactado entre la Empresa y el Prestador.

jj. PACIENTE INTERNADO: Paciente que, admitido en el hospital, pasa a ocupar una cama por un período mayor de 24 horas.

kk. PERIODO DE CARENIA: Es el tiempo que debe transcurrir a partir del día de aceptación de su incorporación como beneficiario para gozar de los distintos servicios contemplados en el Plan contratado.

ll. PRESTADORES EN CONVENIO: Son los centros médicos o con los cuales la aseguradora, por medio de su auditor médico, ha celebrado convenios arancelarios.

mm. URGENCIA MÉDICA: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN

Artículo 3°: El Asegurado o Tomador deberá proporcionar al Asegurador toda información requerida para evaluar el riesgo.

En función al capital solicitado, la ocupación, la edad del Asegurado o Tomador, el Asegurador podrá requerir los siguientes documentos:

- Solicitud de Seguro
- Declaración de Salud
- Copia de Cédula de Identidad
- Examen Médico
- Análisis de Laboratorio
- Otros Estudios
- Formulario **SEPRELAD**

De conformidad al Artículo 4° de la Ley 3940/09 "QUE ESTABLECE DERECHOS, OBLIGACIONES Y MEDIDAS PREVENTIVAS CON RELACIÓN A LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)", las pruebas de laboratorio para el diagnóstico del VIH serán voluntarias, y se solicitará únicamente con el consentimiento del Asegurado o Tomador.

CLÁUSULA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Artículo 4°: Se hace constar que esta Póliza otorga la cobertura pactada por enfermedad, siempre que la misma haya sido adquirida por el Asegurado o Tomador durante su vigencia, quedando excluidas las consecuencias de enfermedades preexistentes al momento de contratar la Póliza de seguro.

RIESGO CUBIERTO

Artículo 5°: Es la cobertura asumida por el Asegurador en función a la cancelación de los gastos médicos originados por la atención médica del asegurado cuando hayan excedido el monto indicado en las Condiciones Particulares como Franquicia Deducible, actuando como un complemento de cobertura de excesos de gastos médicos dentro del periodo de vigencia de la póliza de seguro.

SUMA ASEGURADA

Artículo 6°: La suma asegurada por grupo familiar es el monto indicado como tal en las Condiciones Particulares y representa la cantidad máxima que pagará el Asegurador durante el periodo de vigencia indicada en la póliza. La suma asegurada es en exceso del monto indicado como FRANQUICIA DEDUCIBLE en las Condiciones Particulares.

El Asegurado es libre de contratar coberturas de seguro médico prepago por el monto de la franquicia deducible.

MEDIDA DE PRESTACION

Artículo 7°: La medida de prestación es en base ocurrencia. Es decir, la responsabilidad del Asegurador estará limitada a las reclamaciones por gastos médicos incurridos con posterioridad al inicio de la cobertura de la póliza y antes de la fecha de terminación del mismo dentro del territorio nacional e internacional.

PAGO DE LAS PRIMAS

Artículo 8°: Las primas podrán pagarse en un único pago o podrá concederse el pago financiado mediante el recargo de los intereses correspondientes.

El Asegurado o Tomador podrá, en cualquier momento de la vigencia de esta Póliza, pedir el cambio de forma de pago mediante solicitud escrita y presentada al Asegurador.

El pago de la/las primas deberán hacerse en el domicilio del Asegurador, o en sus Agencias, o a través de cobradores autorizados, o por medio de plataformas de pago electrónico.

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado las siguientes bocas electrónicas de cobranza:

- **Pago electrónico desde la web o desde la aplicación (APP):** El asegurado o Tomador podrá pagar su póliza de seguro por medio de una tarjeta de crédito, ingresando al portal web del Asegurador o desde la aplicación (APP) del mismo, previamente descargada en el teléfono móvil.
- **Pago electrónico a través de bocas de cobranza:** El asegurado o Tomador podrá pagar su póliza desde las bocas de cobranzas de Pago Express o Aquí Pago, o cualquier otra entidad de cobro habilitada por el Asegurador.

En cualquiera de los casos, el Asegurado recibirá un comprobante de pago físico (ticket o recibo) o en su defecto, uno electrónico a su dirección de correo electrónico registrada. Además, podrá acercarse a las oficinas del Asegurador para solicitar los recibos oficiales, provistos de la firma de funcionarios debidamente autorizados para el efecto.

En el caso de que la prima no se pague en contra entrega de la póliza, su pago queda sujeto a condiciones establecidas en las condiciones particulares del seguro. En todos los casos en el que el asegurado reciba indemnización por el daño o pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574)

DURACION DE LA COBERTURA

Artículo 9°: El plazo de contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores (GMM) es de un año. El seguro podrá renovarse a su finalización por igual plazo.

Se concede la **VIGENCIA INMEDIATA** en todos los servicios amparados mediante la presente póliza. Entiéndase por **VIGENCIA INMEDIATA**, a partir de la vigencia del contrato y que no se solicitará a los asegurados antigüedad alguna o periodo de espera para las coberturas. Salvo los casos establecidos en las condiciones particulares que contaran con un periodo de carencia.

PROCEDIMIENTO PARA ANULACIONES ANTICIPADAS

Artículo 10°: El Asegurado o Tomador podrá rescindir en cualquier momento su póliza de seguro sin expresar causa alguna.

En caso de anulaciones anticipadas, el Asegurador calculará el saldo de anulación de la siguiente forma:

- si el Asegurador decide rescindir la póliza, el saldo de anulación es proporcional al plazo no corrido.
- si el Asegurado opta por la rescisión, el saldo de anulación es la diferencia entre el costo total y la tarifa de Corto Plazo inscripto, según el plazo transcurrido.

OPCIÓN DE RENOVACIÓN:

Artículo 11°: Estando la presente póliza en pleno vigor, el Asegurado o Tomador podrá solicitar la renovación de esta. El asegurador se reserva el derecho de solicitar requisitos médicos cuando así lo considere necesario.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES Y PENALIDADES POR INCUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS

Artículo 12°: Obligaciones del Asegurador:

- Emitir la póliza en base a las declaraciones del Asegurado, consignadas tanto en la Solicitud como en el informe del Médico Examinador, cuando lo hubiere, o en el formulario de la Declaración de Salud, las cuáles son causales determinantes del contrato.
- Reembolsar al asegurado, los beneficiarios o herederos legales dentro de los plazos legales establecidos, en caso de ocurrir un evento cubierto por la presente póliza: En los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro. **(Art 1591 del C.C.P.)**
- Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador **(Art 1614 del C.C.P.)**
- Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa. **(Art 1665 del C.C.P.)**

Artículo 13°: Obligaciones del Asegurado y/o Tomador

- Certificar la exactitud de los datos contenidos en el formulario de solicitud de seguro. Toda declaración falsa, omisión o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado que hubiere impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo o que, a juicio de peritos, el Asegurador de haber conocido la verdad no habría suscrito el Contrato, hace anulable el contrato de acuerdo con las disposiciones del **Art. 1.549 del C.C.P.** Ante tales circunstancias, los derechos y obligaciones derivados de estas condiciones se regularán de acuerdo con lo dispuesto en los **Art. 1.550 y 1.552 del C.C.P.**
- Proporcionar al Asegurador toda información que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro.
- Proporcionar a quien el Asegurador designe toda información y/o documentación que ésta le requiera con motivo de la aplicación del seguro detallándose, pero no limitándose a: Organismos oficiales de Defensa del Consumidor, Dirección Nacional de Protección de Bases de datos, SEPRELAD, y otras instituciones oficiales.
- Pagar al Asegurador las primas comprometidas.
- Informar al Asegurador cualquier cambio de denominación o domicilio.

PROCESO QUE SEGUIR EN CASO DE SINIESTRO

En caso de que ocurra un evento que requiera la solicitud de la cobertura contratada, el titular asegurado y/o sus beneficiarios deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

1. PLAZO Y FORMA DE COMUNICACIÓN

El evento deberá ser comunicada a la COMPAÑÍA en un plazo máximo de tres (3) días siguientes a la fecha del suceso, o desde que tuvo conocimiento del beneficio o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificado. De conformidad con el código civil paraguayo.

La comunicación del siniestro se podrá realizar por cualquiera de los siguientes canales:

- De 07:30 horas a 18:00 horas **(021) 318-5162. WhatsApp 318.5000.-**
- Correo electrónico: visaciones@oami.com.py y reclamosalud@seguridad.com.py
- Fuera de horario laboral de 18:00 horas a 07:30 horas: **(0981) 465-080 y (0991) 703-250.**
- En el domicilio de la compañía aseguradora dentro del horario laboral.

Los horarios y contactos están sujetos a modificaciones, que serán previamente comunicados al asegurado por los medios autorizados. Comprobado el siniestro a consecuencia efectuará el pago de la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos indicados en las mismas.

2. DOCUMENTOS

El titular asegurado y/o beneficiarios deberá presentar a la COMPAÑÍA los siguientes documentos:

- a) La póliza de seguro y/o certificado cobertura donde conste beneficiarios.
- b) Cédula de Identidad del titular de la póliza y/o beneficiarios.
- c) Comprobantes médicos originales o autenticadas.
- d) Historial clínico a pedido de la aseguradora.
- e) En caso de fallecimiento, Certificado Médico de Defunción del asegurado.
- f) Documento de Identidad del beneficiario o titular afectado, en conjunto con su Partida de Nacimiento en caso de tratarse de hijos, y certificado matrimonio en caso de tratarse de conyugue del asegurado (copia autenticada).
- g) Cualquier otro documento que la COMPAÑÍA considere necesario para la evaluación del siniestro correspondiente, para aceptar o rechazar el siniestro.

3. VERIFICACIÓN DEL RECLAMO Y AJUSTE DE GASTOS

La compañía aseguradora, una vez recibido el reclamo por medio de cualquiera de los canales previstos en las presentes condiciones, procederá a la verificación del siniestro en cumplimiento a las normas vigentes. Los gastos consecuentes de los servicios recibidos por el asegurado y/o beneficiarios, serán abonados en base a la lista de Aranceles y Prestaciones pactadas con el Colegio Médico Quirúrgico, la CIMAP, Sociedades, Centros y Prestadores, siempre que estos integren su nómina, el asegurado titular es libre de solicitar dicha lista para su conocimiento. Estos aranceles y prestaciones acordados serán considerados como sublímites de cobertura, por tanto, la compañía aseguradora, salvo pacto en contrario, no abonará gastos que superen las sumas establecidas en las mismas.

En caso de profesionales o centros prestadores no pertenecientes a la grilla indicada por la aseguradora, los profesionales establecerán sus aranceles particulares y serán ajustados en base a los precios pactados e identificados en el párrafo anterior.

4. PLAZO DE PAGO O REEMBOLSO

Aceptada la atención del siniestro, la aseguradora podrá abonar por los gastos incurridos dentro de los quince días desde la comunicación de este, o desde la última información complementaria, de conformidad con el (Art. 1591 del C.C.P.)

5. EN CASO DE URGENCIAS MEDICAS DE TRATAMIENTO INMEDIATO.

En caso de que exista una urgencia médica que requiera tratamiento o intervención inmediata, el titular asegurado y/o los beneficiarios, en ningún caso podrán subordinar dicha intervención, atención o tratamiento al pronunciamiento de la compañía aseguradora, y esta última no se hace responsable de los daños sufridos a consecuencia de dicha demora.

El titular asegurado y/o los beneficiarios podrán solicitar el reembolso de los gastos incurridos, posteriormente a la intervención de urgencia, y la compañía aseguradora procederá conforme a lo establecido en las presentes condiciones.

El Asegurador procederá al pago dentro del plazo establecido en el artículo 1591 del Código Civil Paraguayo dentro de los quince (15) de fijado el monto del reembolso, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro. Si el evento no estuviere cubierto, se fundamentarán las razones del rechazo por escrito, por nota dirigida al Asegurado de conformidad al artículo 1597 del Código Civil Paraguayo.

El tomador, o el derechohabiente en su caso, comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo. El asegurador no podrá alegar el retardo o la omisión, si interviene en el mismo plazo en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro o del daño.

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

El asegurador puede requerir prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre el asegurado.

No es válido convenir la limitación de los medios de prueba, ni subordinar la prestación del asegurador a un reconocimiento, transacción, o sentencia pasada en autoridad de cosa juzgada, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones legales sobre cuestiones prejudiciales.

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

DOCUMENTACIÓN PROBATORIA REQUERIDA PARA EL PRONUNCIAMIENTO Artículo 15°: El asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

- Nota de comunicación del siniestro, por escrito o correo electrónico.
- Comprobantes de gastos incurridos.
- Cualquier otra información adicional que fuera solicitada por el asegurador o por el perito designado.

DOMICILIO

Artículo 16°: Mientras el Asegurador no reciba aviso por escrito de cualquier cambio de domicilio del Asegurado, considerará como tal, el último declarado. A los efectos del contrato, está prohibida la constitución de domicilio especial fuera del territorio de la República del Paraguay. Las partes podrán pactar un domicilio electrónico (correo electrónico) para todas las comunicaciones o pronunciamientos.

RIESGOS EXCLUSIONES

Artículo 17°: No serán cubiertos por la Aseguradora todos aquellos tratamientos, prácticas o cirugías enunciadas, como o a consecuencia de:

- Lesiones mientras el asegurado preste servicio como policial o militar, actividad ilegal o encarcelamiento.
- Tratamiento de lesiones derivadas de riñas o peleas en los que participe el asegurado o sean provocadas por él.
- Que se encuentren en estado experimental o que no sean avalados científicamente.
- Que sean ilegales o se opongan a las normas vigentes.
- Lesiones sufridas como consecuencia de la participación en competencias o demostraciones de pericia y/o de velocidad de cualquier índole que debidamente sean probados que fueron ocasionadas en estas circunstancias.
- La atención médica particular de enfermería fuera de un consultorio u hospital debidamente habilitado.
- Etilismo, estupefacientes, drogas ilegales, abuso de medicamentos sean o no prescritos.
- Cirugías o tratamientos de adelgazamiento, estético, reposo, rejuvenecimiento o similares: celuloterapia, hidroterapia, acupuntura, digitopuntura o similar. Medicinas alternativas.
- Maternidad para quien no sea titular o cónyuge del titular, o la que ocurre dentro del periodo de carencia.
- Procedimientos y cirugías percutáneas, Tratamiento de la mandíbula, que no sean a consecuencia de un evento cubierto.
- Admisión electiva por más de 24hs antes de una cirugía programada, salvo aprobación escrita de la aseguradora.
- Tratamiento relacionado a radiación o contaminación nuclear: Lesiones o enfermedades causadas por radiación ionizada, polución o contaminación, proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible o artefactos nucleares.
- Exámenes de rutina, estudios y certificaciones médicas.
- Tratamiento para la estimulación del crecimiento óseo.
- Aborto, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente. ¿?
- Cuidado podrátrico para tratar desórdenes funcionales de los pies y otros problemas como juanetes, arcos, etc.
- Complicaciones perinatales y del embarazo (parto, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, insuficiencia respiratoria) que estén relacionadas con condiciones congénitas o hereditarias.
- Gastos en exceso del límite máximo reembolsable o máximo vitalicio establecidos en la tabla de beneficios incluida en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Tratamientos de síndrome convulsivo, epilepsia y sus complicaciones, salvo que ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y sean aprobadas por la compañía aseguradora.
- Prostatectomía o histerectomía efectuada, después que el asegurado haya cumplido 55 años, o antes de que la asegurada cumpla los 50 años, excepto en casos de cáncer o padecimiento (no preexistente a la contratación del seguro) que conlleve a la necesidad de este.
- Gastos de septumplastías, operación de cornetes, septorinoplastías, xantomas o xantelasma, gigantomastías, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis palpebrale, salvo que sea a consecuencia de un evento cubierto.
- Padecimientos propios de la columna vertebral: Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis y otras lesiones, excepto casos de lesiones por accidentes, de conformidad con las definiciones establecidas en las condiciones de la póliza de seguro.
- Inmunizaciones, prueba de sensibilidad, diagnósticos y tratamientos de alergia.
- Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, por MALA PRAXIS
- Afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria por la lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la póliza.

- aa) Tratamiento por adicción de drogas o alcoholismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, fármaco, barbitúricos, drogas no prescritas o ilegales, y demás sustancia de efectos análogos, similares, o en caso de sobredosis.
- bb) Cualquier cargo u honorario profesional, o porción de este, que exceda el límite de gasto razonable y acostumbrado establecido para un tratamiento, servicio o suministro pagado, o sea pagadero bajo acuerdo, y que sea contrario a los aranceles pactados por la aseguradora con sus prestadores, conforme establecen las condiciones de la póliza de seguro.
- cc) Cualquier reclamo o gasto que sea el resultado de, o que haya sido ocasionado por guerra, rebelión, revolución, y otros sucesos o acontecimientos similares.
- dd) Cualquier reclamo o gasto que sea el resultado de, o que haya sido ocasionado por contaminación por radioactividad.
- ee) Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley.
- ff) Hechos deliberados que cometa el asegurado en forma dolosa, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto inferidas, abortos provocados, entre otros.
- gg) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios por el diagnóstico de una incapacidad.
- hh) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida, consumo telefónico, internet y otros de comunicación.
- ii) Epidemias y pandemias declaradas oficialmente.

EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y MATERIALES DESCARTABLES UTILIZADO:

Artículo 18°: No serán cubiertos por la Aseguradora los siguientes medicamentos, insumos o materiales descartables:

- a) Medicamentos de venta libre o sin receta, así tampoco los medicamentos que no sean médicamente necesario.
- b) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, aunque haya sido recetado para otro propósito.
- c) Medicamentos o vacunas para prevenir enfermedades o alergias.
- d) Los medicamentos para tratar la dependencia del tabaco.
- e) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no cosméticos.
- f) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico.
- g) Supositorios de Progesterona.
- h) Suplementos vitamínicos, minerales o reconstituyentes. No prescritas por el médico tratante consecuente por enfermedad o accidente.
- i) Almacenamiento de tejido y/o células (médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical u otros tipos).

-oOo-

CONDICIONES GENERALES COMUNES GASTOS MÉDICOS MAYORES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

CLAUSULA 1 - Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV "Del Contrato de Seguro" del Código Civil y en la Ley N° 827/96 "De Seguros" y a las de la presente póliza.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Particulares prevalecerán por sobre las establecidas en las Condiciones Específicas, y éstas sobre las Condiciones Generales, en donde el Código Civil admita pactos en contrario. Las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales se aplicarán en la medida que corresponda a la especificidad de cada riesgo cubierto.

PRESCRIPCIÓN

CLAUSULA 2 - Las acciones fundadas en el presente contrato prescribirán en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación se torne exigible (Art. 666 C.C.P.).

PAGO DE LA PRIMA

CLAUSULA 3 - La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o preaviso de no menos de (15) quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro. Si El Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, El Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 Código Civil). Cuando el contrato se celebre por tiempo indeterminado, cualquiera de las partes puede rescindirlo asimismo de acuerdo al artículo 1562 del Código Civil. Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, El Asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso (Art. 1575 Código Civil).

RESCISIÓN UNILATERAL

CLAUSULA 4 - Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar la causa. Cuando El Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso de no menos de (15) quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro. Si El Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, El Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 Código Civil). Cuando el contrato se celebre por tiempo indeterminado, cualquiera de las partes puede rescindirlo asimismo de acuerdo al artículo 1562 del Código Civil. Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, El Asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso (Art. 1575 Código Civil).

DENUNCIA DEL SINIESTRO Y CARGAS ESPECIALES DEL ASEGURADO

CLAUSULA 5 - El Asegurado o, en su caso, el Tomador, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho de ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia (Art. 1589 y Art. 1590 C.C.P.).

También está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 1589 C.C.P.).

Cuando el asegurado ha denunciado erróneamente un riesgo más grave, tiene derecho a la rectificación de la prima por los períodos anteriores a la denuncia del error, de acuerdo con la tarifa aplicable al tiempo de la celebración del contrato. Cuando el riesgo ha disminuido, el asegurado tiene derecho al reajuste de la prima por los períodos posteriores, de acuerdo a la tarifa aplicable al tiempo de la denuncia de la disminución (Art. 1577 C.C.P.).

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Artículo 1589 del Código Civil, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.P.).

CADUCIDAD POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

CLAUSULA 6 - El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 1579 del Código Civil.

AGRAVACION DEL RIESGO

CLAUSULA 7 - El Contratante/Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.P.). Toda agravación del riesgo que, si hubiere existido al tiempo de la celebración del contrato habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1581 C.C.P.). Cuando la agravación se deba a un hecho del Contratante/Tomador, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.P.). Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Contratante/Tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, El Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de (1) un mes, y con pre-aviso de (7) siete días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil, si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador. Si el Contratante/Tomador omite denunciar la agravación, El Asegurador no está obligado a su prestación si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, excepto que:

- el Contratante/Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia;
- El Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia (Art. 1583 C.C.P.)

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

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

VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR

CLAUSULA 8 - El crédito del Asegurado se pagará dentro de los (15) quince días de haberse fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida, una vez vencido el plazo fijado en la cláusula 12 de estas Condiciones Generales, para que El Asegurador se pronuncie acerca del derecho del Asegurado (Art. 1591 C.C.P.).

Es nulo el convenio que exonere al asegurador de la responsabilidad por su mora (Art. 1592 C.C.P.).

ANTICIPO

CLAUSULA 9 - Cuando El Asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado, éste puede reclamar un pago a cuenta si el procedimiento para establecer la prestación debida no se hallase terminado un mes después de notificado el siniestro. El pago a cuenta no será inferior a la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el Asegurador. Cuando la demora obedezca a omisión del Asegurado, el término se suspende hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato (Art. 1593 C.C.P.).

DE LA RESCISIÓN POR SINIESTRO PARCIAL

CLAUSULA 10 - Cuando el siniestro sólo causa un daño parcial, ambas partes pueden rescindir unilateralmente el contrato hasta el momento del pago de la indemnización.

Si el asegurador opta por rescindirlo, su responsabilidad cesará quince días después de haber notificado su decisión al asegurado, y reembolsará la prima por el tiempo no transcurrido del período en curso, en proporción al remanente de la suma asegurada.

Si el asegurado opta por la rescisión, el asegurador conservará el derecho a la prima por el período en curso, y reembolsará la percibida por los períodos futuros. Cuando el contrato no se ha rescindido, el asegurador sólo responderá en el futuro por el remanente de la suma asegurada, salvo estipulación en contrario (Art. 1594 C.C.P).

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

CLÁUSULA 11 - El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con El Asegurador, solo está facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por El Asegurador referentes a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. Para presentar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para obrar en su nombre (Art. 1595 y Art. 1596 C.C.P).

PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO

CLÁUSULA 12 - El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los (30) treinta días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art. 1597 C.C.P). En los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art. 1591 C.C.P, última parte)

REDUCCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

CLÁUSULA 13 - Si la suma asegurada supera notablemente el valor actual del interés asegurado, El Asegurador o el Asegurado pueden requerir su reducción (Art. 1601 C.C.P). Si El Asegurador ejerce este derecho, la prima se disminuirá proporcionalmente al monto de la reducción del plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la reducción, El Asegurador tendrá derecho a la prima correspondiente al monto de la reducción por el tiempo transcurrido, calculada según la tarifa a corto plazo.

PRÓRROGA DE JURISDICCION

CLASULA 14- Toda la controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Asunción, Paraguay. (Art. 1560 C.C.P).

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 15- Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los (3) tres meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549.- C.C.P).

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

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

En todos los casos si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 1553 C.C.P).

-oOo-