

Contrato Suplementario Seguro de Enfermedades Catastróficas Propias de la Mujer



**SEGUROS
UNIVERSAL**

Empresas Universal
www.universal.com.do

CONTRATO SEGURO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS PROPIAS DE LA MUJER Condiciones Generales

Entre SEGUROS UNIVERSAL S. A., que en adelante y para efectos de este contrato se denominará SEGUROS UNIVERSAL y el CLIENTE, que en adelante y para efectos de este contrato se denominará el CONTRATANTE, hemos celebrado el presente contrato de gestión para el otorgamiento de los beneficios derivados de la cobertura de la prestación de servicios de medicina prepagada para las enfermedades catastróficas propias de la mujer, conforme se definen en el presente contrato, que se rige por las siguientes cláusulas y, en lo no previsto en ellas, por las normas pertinentes a su materia. En lo sucesivo y a los fines del presente Contrato, cuando se haga referencia a SEGUROS UNIVERSAL y al CONTRATANTE conjuntamente se les designará como "las Partes".

PREÁMBULO

POR CUANTO: SEGUROS UNIVERSAL es una entidad aseguradora, debidamente autorizada a llevar a cabo el negocio de seguros al amparo de la Ley No. 146-02, dentro del cual figura el ramo de Seguros de Salud, Salud Internacional, Vida, etc.

POR CUANTO: El CONTRATANTE ha decidido contratar la cobertura de salud prepagada para las enfermedades catastróficas propias de la mujer ofertada por SEGUROS UNIVERSAL, la cual es de carácter privado, pecuniario y estará regulada única y exclusivamente por las condiciones establecidas en el presente contrato.

POR CUANTO: El artículo Artículo 1134 del Código Civil Dominicano establece que "las convenciones legalmente formadas tienen fuerza de ley para aquellos que las han hecho. No pueden ser revocadas, sino por su mutuo consentimiento, o por las causas que estén autorizadas por la ley. Deben llevarse a ejecución de buena fe".

POR TANTO: y en el entendido de que el preámbulo anterior forma parte integral del presente Acuerdo, las partes, de manera libre y voluntaria:

HAN CONVENIDO Y PACTADO LO SIGUIENTE:

CLÁUSULA PRIMERA.- DEFINICIONES

Para los fines, el desarrollo y la interpretación del presente contrato, las partes adoptan de común acuerdo las siguientes definiciones:

ACTO MÉDICO

Conducta de un médico u otro profesional de la salud, en ejercicio de su actividad profesional, adoptada para fines de control, diagnóstico de enfermedades o curación del (los) CONTRATANTE(S).

CONTRATANTE

Persona natural que habiendo sido aceptada en calidad de tal por SEGUROS UNIVERSAL, por virtud del presente contrato tiene acceso a los beneficios de la Cobertura de Salud Prepagada para Enfermedades Catastróficas propias de la Mujer ofrecida por SEGUROS UNIVERSAL.

AÑO DE CONTRATO

Período de doce (12) meses contados desde el primer (1º) día de la fecha de vigencia del contrato o del CONTRATANTE.

APARATOS DE COMPLEMENTO TERAPÉUTICO

Elementos artificiales utilizados para mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente.

ATENCIÓN AMBULATORIA

Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de un CONTRATANTE no hospitalizado.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento necesarios para el diagnóstico y tratamiento de un CONTRATANTE hospitalizado.

ATENCIÓN INICIAL DE EMERGENCIAS

Atención inicial de la emergencia está compuesta por las tres siguientes actividades: 1) la realización de un diagnóstico, 2) la implementación de acciones tendientes a estabilizar los signos vitales y 3) la definición de una conducta médica a seguir, no la implementación de esta última.

AYUDANTÍA

La participación activa de uno o más médicos diferentes al médico tratante principal, en su calidad de ayudante(s) durante un procedimiento quirúrgico.

BENEFICIOS OPCIONALES

Aquellos beneficios asociados a las coberturas definidas en el endoso del contrato, tales como Transporte de Ambulancia, Coberturas de medicamentos ambulatorios, entre otros.

CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL

Intervención y/o tratamiento que se realiza, para procurar, sin fines de embellecimiento y/o adelgazamiento, la reparación funcional de una estructura anatómica lesionada.

COBERTURA

Es el conjunto de beneficios a que tiene derecho el (los) CONTRATANTE(S) en virtud del presente contrato. En ningún caso estarán incluidos dentro de la cobertura del contrato los beneficios que no se mencionen expresamente ni aquéllos que de conformidad con la Cláusula Séptima y demás disposiciones del presente contrato se encuentren excluidos. Los beneficios de la cobertura objeto del presente contrato son personales y por lo tanto intransferibles entre CONTRATANTES de la póliza.

COBERTURA MÁXIMA

Es la máxima responsabilidad que SEGUROS UNIVERSAL asumirá bien sea en por ciento y/o en límites, cobertura en días, número de consultas,

sesiones y/o distancia, de acuerdo con los beneficios otorgados a el (los) CONTRATANTE(S).

COBERTURA EN EXCESO O COBERTURA GASTO CATASTROFICO

Límite de por vida diseñado para proteger el (los) CONTRATANTE(S) en caso de que exceda el límite anual de Gasto Médico, la misma quedará definida en el plan seleccionado que acompaña el presente contrato, cuando estos beneficios sean seleccionados por el CONTRATANTE.

CONSULTA MÉDICA

Es el acto médico realizado por un profesional de la salud en medicina general o especializada, en cualquiera de sus ramas, con el fin de evaluar, diagnosticar y tratar al CONTRATANTE.

CONTINUIDAD

Es el reconocimiento del tiempo anterior a la vigencia del contrato con SEGUROS UNIVERSAL, con el objeto de dar cobertura a una enfermedad cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiere iniciado durante la vigencia del contrato anterior. Dicha continuidad deberá quedar expresamente consignada en el plan seleccionado del presente contrato.

CONTRATANTE

Toda persona natural o jurídica que celebre el presente contrato para su beneficio individual mediante su propia inscripción como CONTRATANTE y/o para el beneficio del (los) CONTRATANTE(S) por él escogidos. El CONTRATANTE, salvo en los casos en los que en el contrato se encuentran obligaciones expresas a cargo de los CONTRATANTES, es el único responsable frente a SEGUROS UNIVERSAL por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas; en consecuencia, el CONTRATANTE podrá convenir con SEGUROS UNIVERSAL modificaciones a las condiciones del contrato sin que se requiera para ello la aprobación del (los) CONTRATANTE(S).

COASEGURO PACTADO

Aporte en dinero que hace el (los) CONTRATANTE(S) a una parte del total del costo de consultas ambulatorias o por diferencia de cobertura, cuya finalidad es regular la utilización y estimular la debida provisión de los beneficios.

DEDUCIBLE

Suma acordada entre el CONTRATANTE y SEGUROS UNIVERSAL que el afiliado está obligado a pagar antes de hacer uso de la cobertura objeto del mismo, en caso de que haya sido contratada.

ENFERMEDAD

Alteración o desviación del estado de salud de una o varias partes del organismo humano.

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS PROPIAS DE LA MUJER

Cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de útero, cáncer de cérvix, cáncer de vulva y cáncer de vagina, conforme se definen a continuación y que constituyen el riesgo cubierto de conformidad con el presente contrato, los cuales representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento:

Cáncer de mama: Enfermedad causada por una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama.

Cáncer de ovario: Replicación descontrolada de células malignas en el ovario que se origina de tres tipos celulares (células germinales, del estroma o epiteliales).

Cáncer de útero: Comprende tumores del endometrio también denominado cáncer endometrial y los denominados sarcomas. El cáncer endometrial se

caracteriza por la transformación maligna del estroma y/o las glándulas del endometrio. El sarcoma es una proliferación anormal de células procedentes del tejido conjuntivo o del mesénquima que forman parte de la pared uterina.

Cáncer de cérvix: También denominado cáncer de cuello del útero, cáncer de cuello uterino o carcinoma uterino. Es la proliferación de células malignas en la porción fibromuscular del útero que se proyecta dentro de la vagina. Existen dos tipos; el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Se excluye las neoplasias intraepiteliales cervicales o NIC por no considerarse como carcinomas invasivos sino un estado precanceroso.

Cáncer de vulva: Reproducción celular anormal de carácter maligno, originada en los labios mayores o menores de la vulva. La mayoría proviene de células escamosas, sin embargo, también existen los adenocarcinomas, carcinomas de células basales, melanomas y sarcomas.

Cáncer de vagina: Crecimiento de células malignas en la vagina en donde, la mayoría proviene de la diseminación de un cáncer fuera de la vagina, en especial de la infiltración de un cáncer cervical o de un cáncer endometrial. Se pueden presentar tumores tipo adenocarcinomas, sarcomas o tumores del epitelio escamoso.

Cualquier otro tipo de cáncer que se origine de forma primaria en tejidos del sistema reproductor femenino.

ENFERMERA AUXILIAR ACOMPAÑANTE

Técnica en auxiliar de enfermería, que cumpla con los requisitos legales exigidos para su ejercicio en República Dominicana.

EQUIPO QUIRÚRGICO

Grupo de profesionales (cirujanos de la misma u otra especialidad relacionada y/o médico ayudante de cirugía) que intervienen, al mismo tiempo, en un procedimiento quirúrgico.

ESTADO DE COMA

Condición en que se encuentra una persona que presenta pérdida de la conciencia, en la cual la persona no responde a ningún estímulo externo.

ESTANCIA HOSPITALARIA

Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles para la atención de un paciente, y que requiere el uso de habitación hospitalaria.

EVENTO CATASTRÓFICO

Todo aquel evento de origen natural, o provocado por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supera la capacidad de adaptación de la comunidad en la que se produce y que la afecta en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.

EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO

Aquellos procedimientos sofisticados donde se acude al uso de tecnología o sustancias de última línea, aceptados por las sociedades especializadas, para facilitar la consecución de un diagnóstico al cual no se ha podido acceder mediante las pruebas o medios convencionales, estos requieren autorización previa de SEGUROS UNIVERSAL para su realización, siempre y cuando hayan sido solicitados por el médico tratante adscrito.

FECHA DE CONTRATACIÓN

Aquella en la que se firma o suscribe el contrato entre SEGUROS UNIVERSAL y el CONTRATANTE.

FECHA DE SOLICITUD

Aquella en la que el CONTRATANTE presenta ante SEGUROS UNIVERSAL el formato diligenciado de solicitud por medio del cual manifiesta su intención de contratar la cobertura del plan de medicina prepagada, para su beneficio y/o el de los CONTRATANTES sobre cuya inclusión realiza tal solicitud.

FECHA DE VIGENCIA DEL CONTRATO

Día, mes y año a partir del cual el presente contrato comienza a producir plenos efectos entre las partes contratantes y que aparece registrada en la parte correspondiente al plan seleccionado anexo al contrato.

FECHA DE VIGENCIA DEL CONTRATANTE

Día, mes y año a partir del cual una persona es aceptada, mediante anexo que forma parte integrante del presente contrato, en calidad de CONTRATANTE del mismo, previa solicitud presentada por el CONTRATANTE y el cumplimiento de los requisitos exigidos por SEGUROS UNIVERSAL.

HOSPITALIZACIÓN

Permanencia de un CONTRATANTE en una institución hospitalaria y/o clínica, por un término superior a veinticuatro (24) horas o en el caso en que pernocte en ella, ya sea para tratamiento médico y/o quirúrgico.

INTERCONSULTA

Consulta especializada realizada a un CONTRATANTE hospitalizado por un profesional en la medicina diferente al médico tratante con previa y expresa solicitud del médico tratante, que igual que el médico tratante debe estar afiliado a SEGUROS UNIVERSAL.

LABORATORIO E IMAGENOLÓGÍA

Medios de diagnóstico (Laboratorios, rayos X) diferentes a los exámenes especializados de diagnóstico, que sean solicitados por el médico tratante adscrito.

MECANISMO DE REEMBOLSO

Valor establecido en la tabla de tarifas prevista por la red prestadora de servicios adscrita. SEGUROS UNIVERSAL reintegrará al CONTRATANTE, como consecuencia de los beneficios cubiertos por esta modalidad, siempre que aplique de acuerdo al plan elegido del presente contrato.

MEDICAMENTOS

Toda sustancia farmacológicamente activa o mezcla de éstas, con o sin adición de sustancias auxiliares, preparada para ser presentada como forma farmacéutica, que se utilice para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades, siempre que los mismos se encuentren autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes.

MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Procedimientos de apoyo para el diagnóstico médico, que se emplean para el estudio de funciones o estructuras de órganos o sistemas específicos y que son utilizados como ayuda diagnóstica por el médico tratante.

MUERTE CEREBRAL

Cesación definitiva o irreversible de las funciones de todo el cerebro, incluyendo el tallo cerebral.

PERÍODO DE CARENCIA

Tiempo mínimo que debe permanecer vigente la afiliación del (los) CONTRATANTE(S) en el contrato de medicina prepagada para tener derecho a la cobertura de algunos servicios. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual, es decir, por cada CONTRATANTE de acuerdo con la fecha de vigencia del mismo.

RED PRESTADORA DE SERVICIOS ADSCRITA

Personas físicas, legalmente facultadas, o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios médicos ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de acuerdo a la Ley General de Salud que preste directa o indirectamente los beneficios de salud descritos en el presente contrato a el (los) CONTRATANTE(S).

PREEXISTENCIA

Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de vigencia del contrato o a la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S), sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran preexistencias para los fines de este contrato. En todo caso se considera preexistencia toda lesión, condición o enfermedad que aparezca como antecedente en la historia clínica del CONTRATANTE, sin importar si ha sido declarada o no, o si ha sido detectada o no en el examen médico de ingreso, si éste se hubiere realizado. Así mismo, se consideran como preexistencias todos los antecedentes declarados en el cuestionario de salud.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO HOSPITALARIO

Intervención instrumental cruenta, total o parcial que se practica sobre el cuerpo humano para el diagnóstico o tratamiento, de las enfermedades, embarazo o accidentes y que requiere el uso de sala de cirugía y que adicional a la realización del procedimiento requiere estancia hospitalaria.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIO

Intervención instrumental cruenta, total o parcial que se practica sobre el cuerpo humano para el diagnóstico o tratamiento, de las enfermedades, embarazo o accidentes, finalizada la cual y después de la recuperación, el CONTRATANTE es dado de alta, sin requerir de estancia hospitalaria.

PROFESIONAL DE LA SALUD

Toda persona natural que legalmente haya obtenido el título universitario para el ejercicio de alguna de las ciencias de la salud y/o medicina en República Dominicana o que haya validado en este país el título obtenido en el extranjero y que además tenga vigente la autorización oficial para el ejercicio profesional en República Dominicana.

INTERMEDIARIO

Persona física o moral que opera como vendedor de pólizas de seguros de salud, y como canal de comunicación entre esta SEGUROS UNIVERSAL y EL CONTRATANTE.

PRÓTESIS

Piezas y/o elementos artificiales o biológicos utilizables como reemplazo de un órgano, parte de un órgano o parte del cuerpo que sustituyan o complementen la función de un órgano o parte del mismo.

SERVICIOS MEDICOS

Son las actividades o actos médicos encaminados a la prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y/o mantenimiento del estado de salud del individuo.

SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA

Sistema organizado y establecido de conformidad con el presente contrato, mediante el cual, y a través de la red prestadora de servicios adscrita se otorga la cobertura contratada y previo el pago del precio convenido, el (los) CONTRATANTE(S) obtiene sus beneficios.

TARIFAS Y HONORARIOS MEDICOS

Tarifas acordadas, a través de la red prestadora de servicios adscrita, en la que se basará el pago de las coberturas contratadas.

TERAPIA DEL LENGUAJE

Actividad realizada por un profesional en FONOAUDIOLÓGÍA o terapia del lenguaje, destinada a contribuir en el tratamiento de las alteraciones del lenguaje.

TERAPIA OCUPACIONAL

Actividad realizada por un profesional, orientada a restaurar y reforzar las habilidades y funciones esenciales del paciente, que busca facilitar

el aprendizaje con el fin de lograr una mejor adaptación y productividad, disminuir o corregir la patología y promover y mantener la salud del mismo.

TERAPIA RESPIRATORIA

Actividad realizada por un profesional en terapia respiratoria, destinada a colaborar con el tratamiento de las enfermedades respiratorias.

TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS PROPIAS DE LA MUJER

Se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de las enfermedades catastróficas propias de la mujer, conforme se definen en el presente Contrato y que se caracterizan por un bajo costo-efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo.

Se incluyen los siguientes:

- Tratamiento con radioterapia y quimioterapia;
- Diálisis para insuficiencia renal crónica;
- Trasplante renal, de corazón, de medula ósea, hígado, pulmón, páncreas y de cornea (no están cubiertos los que no estén detallados en este punto);
- Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central, Incluye Accidentes Cerebro Vasculares, Aneurisma y todo tipo de tumor dentro o fuera del cráneo;
- Terapia en unidad de cuidados intensivos.

URGENCIA O EMERGENCIA MÉDICA

Para los fines del presente contrato se definen de la siguiente manera:

URGENCIA

Es "la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema (alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica) de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia"; es decir, una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero en la que se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.

EMERGENCIA

Es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano. Es decir, una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO

SEGUROS UNIVERSAL dentro del marco de las obligaciones, condiciones, términos, coberturas y exclusiones previstos en el presente contrato, se compromete, previo el pago de la cuota que en cada caso deba pagar el CONTRATANTE y del recibo de pruebas fehacientes, en pagar por el asegurado hasta el monto indicado en el endoso, en caso de diagnosticarse una de las enfermedades catastróficas propias de la mujer conforme se definen en el presente contrato. El pago se hará únicamente si la asegurada sufre o desarrolla la enfermedad durante el período de protección de este contrato.

CLÁUSULA TERCERA. COBERTURAS

Los beneficios de salud y sus actos complementarios que se encuentran cubiertos en virtud de lo dispuesto en el presente contrato son los que expresamente se especifican a continuación, los cuales serán prestados de conformidad con las condiciones establecidas en EL CONTRATO, en concordancia con la cobertura máxima establecida en los cuadros de beneficios de los planes seleccionados, anexos a este contrato.

Los límites de coberturas máxima establecidas para CONTRATANTE(S) y/o Familias están descritos y definidos en los cuadros de beneficios anexos al contrato de los planes seleccionados por el CONTRATANTE.

El CONTRATANTE y/o el (los) BENEFICIARIOS(S) deberán utilizar la cobertura amparada en virtud del presente contrato, por intermedio de la red prestadora de servicios adscrita, y mediante autorización previa, salvo para los beneficios que conforme el presente contrato esté establecido que no requieran autorización.

PÁRRAFO: La tecnología con la que se prestará la cobertura objeto de este contrato, es la que ha sido prevista para la elaboración de la nota técnica del mismo. La cobertura por la utilización de nuevas tecnologías implantadas en el país, será potestativa, previo reconocimiento de las diferentes asociaciones médicas, así como del análisis costo - efectividad de las mismas; en consecuencia, siempre se procederá conforme lo establecido en el contrato, reservándose por lo tanto, el derecho de asumir o no el costo de su utilización.

3.1. ATENCIÓN DE URGENCIAS Y/O EMERGENCIAS

SEGUROS UNIVERSAL cubrirá el valor de los honorarios médicos, exámenes de diagnóstico (incluyendo medios de contraste y los materiales necesarios para su aplicación), medicamentos y materiales de tratamiento y/o curación suministrados al CONTRATANTE durante su permanencia en la entidad hospitalaria de acuerdo con las condiciones, términos, y exclusiones previstos en el presente contrato.

En las ciudades las urgencias medicas deberán ser atendida por la red prestadora de servicios adscrita conforme la cobertura contratada, salvo que el traslado a ellas amenace la vida o la integridad del CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS, caso en el cual éste podrán ser atendido en un Centro no adscrito y pagar a la institución el valor de los servicios, valor que podrán solicitar mediante el mecanismo de reembolso, el cual se efectuará de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con sus prestadores para este plan a la fecha de la prestación de los servicios; sin embargo el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS deberá ser trasladado a un Centro adscrito a la red prestadora de servicios contratada, cuando sus condiciones médicas lo permitan, a juicio de un médico adscrito a la red prestadora de servicios contratada.

En las ciudades donde no existan Centros adscritos a la red de prestadora de servicios contratada, la urgencia podrá ser atendida por un Centro no adscrito y le será reembolsado al CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS el valor de los gastos en que hubiere incurrido el CONTRATANTE por razón del beneficio prestado, reembolso que se efectuará conforme lo establecido en el contrato, y de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con la red prestadora de servicios correspondiente, a la fecha de la prestación de los beneficios. En todo caso, únicamente se reconocerá el valor de los beneficios incluidos dentro de la cobertura del contrato.

El médico que atienda el caso en desarrollo del servicio, será quien diagnostique la dolencia que sufra el CONTRATANTE y recomendará si el tratamiento a seguir ha de ser ambulatorio o precisa de hospitalización, sin perjuicio de la valoración que del diagnóstico y tratamiento a seguir efectúe el Departamento de Auditoría Médica y servicios médicos correspondiente a la cobertura contratada.

3.2. COBERTURAS AMBULATORIAS CONSULTAS

Consultas médicas general y especializada para cuya atención ha sido contratada una red prestadora de servicios de acuerdo a la cobertura para que atiendan de manera ambulatoria en consultorio al CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS, y cuya inscripción se encuentre vigente.

LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA

Exámenes de laboratorio clínico y radiografías diferentes a los exámenes especializados de diagnóstico, practicados en los Centros adscritos a la red prestadora de servicios contratada, previa autorización, siempre y cuando hayan sido solicitados por un médico tratante adscrito a la red prestadora de servicios contratada.

EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO

Exámenes complementarios y de diagnóstico ambulatorios para las enfermedades catastróficas propias de la mujer, tomados y procesados en República Dominicana, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación, que puedan adquirirse en este país, previa autorización, siempre y cuando su práctica se realice a través de la red prestadora de servicios adscrita de acuerdo a la cobertura contratada. La cobertura de los costos que deriven de la utilización de anestesia general y salas especiales estará supeditada a un análisis de pertinencia médica que confirme la necesidad de la misma.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Procedimientos para el tratamiento ambulatorio para las enfermedades catastróficas propias de la mujer (quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia). Con respecto a los medicamentos que requiera el CONTRATANTE para el tratamiento ambulatorio, se cubrirá, los productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales que se expendan en el mercado nacional, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones del CONTRATO, dejando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

Procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, que no generen estancia hospitalaria. Estos procedimientos se cubrirán de acuerdo con las exclusiones estipuladas en la Cláusula Séptima y los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones del CONTRATO.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Siempre y cuando se relacionen directamente con las enfermedades catastróficas propias de la mujer cubiertas bajo este contrato, se reconocerá por concepto de medicamentos ambulatorios, hasta la cobertura máxima establecido en el anexo de medicamentos ambulatorios seleccionado por el contratante y definido en el plan seleccionado.

PÁRRAFO: Solo se cubrirán medicamentos ambulatorios conforme la cobertura de la póliza.

No estarán cubiertos:

- Medicamentos prescritos en los consultorios particulares de las empresas.
- Medicamentos cuyas cantidades a simple apreciación, resulten exageradas o sobre indicaciones (tratamientos que superen los treinta días).
- Medicamentos para varios pacientes en una sola indicación.
- Los calmantes sin indicación. Así mismo, los materiales de curación, tales como: gasas, Z-O, algodón, agujas, alcohol, yodo, merthiolate; igualmente los lácteos y sus derivados, productos naturales, vacunas, anticonceptivos de cualquier tipo, jabones dermatológicos, cremas cosméticas, shampoo medicado, ungüentos mentolados, termómetros, jeringuillas o cualquier otro material u objeto similares.

3.3. COBERTURAS HOSPITALARIAS

3.3.1. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Costos de hospitalización, tratamiento, honorarios intrahospitalarios

del médico tratante y otros profesionales, medicamentos, terapias física, respiratoria, del lenguaje y ocupacional, material médico quirúrgico e insumos, medios complementarios y de diagnóstico especializados, incluyendo medios de contraste, exámenes auxiliares de diagnóstico y los materiales necesarios para su aplicación, suministrados durante la hospitalización. Estos procedimientos se cubrirán de acuerdo con las exclusiones estipuladas en la Cláusula Séptima y los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones del CONTRATO.

3.3.1.1. HABITACIÓN HOSPITALARIA

Comprende los siguientes servicios básicos de hospitalización: médico hospitalario de piso, enfermera, auxiliar de enfermería, dotación básica de elementos de enfermería, material de curación, alimentación adecuada al estado del paciente (incluye sustancias de nutrición enteral o parenteral) y cuna complemento de cama obstétrica. Se excluye el uso de habitaciones nominadas, por el prestador, como Suite o Semi-Suite y camas de acompañantes.

3.3.1.2. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO (UCI)

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoría calidoscópica y de presión arterial, pulsoxímetro, cardiovector, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

3.3.1.3. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (Qx) PROGRAMADOS

Honorarios del Cirujano, Honorarios del Anestesiólogo y Honorarios de Ayudantía (en los casos requeridos).

3.3.1.4. DERECHOS DE SALA, ANESTESIA Y RECUPERACIÓN

Cuando para la práctica de las intervenciones quirúrgicas y procedimientos se utilice la sala de cirugía o la sala de partos, se reconocerán dichos servicios.

3.3.1.5. ALQUILER DE EQUIPOS ESPECIALES

Instrumentos que dan soporte tecnológico a las actividades médico quirúrgicas y que fueron utilizados en la elaboración de la nota técnica de este producto por ser tecnologías disponibles y comprobadas médicamente.

3.3.1.6. EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE DIAGNÓSTICO

SEGUROS UNIVERSAL cubre los exámenes especializados de diagnóstico tomados y procesados en República Dominicana, así como el medio de contraste y materiales necesarios para su aplicación, previa autorización

3.3.2. TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE

Se reconocerá este servicio, siempre y cuando para el presente contrato se haya seleccionado el beneficio adicional de transporte terrestre y esté detallado en el plan elegido anexo al presente contrato.

En el caso de los servicios de urgencias se reconocerá a través de un prestador de la red prestadora de servicios contratada, mediante el mecanismo de reembolso, el cual se efectuará, de acuerdo con las tarifas vigentes pactadas con la red prestadora de servicios contratada, para este plan a la fecha de la prestación de los servicios y los soportes definidos para el reembolso, tales como factura en original, orden médica y resumen de la historia clínica.

3.3.3. RIÑÓN ARTIFICIAL Y DIÁLISIS

Este servicio cubre las diálisis y hemodiálisis intrahospitalarias, según los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones del CONTRATO, para los casos de afecciones renales reversibles e irreversibles.

3.3.4. CIRUGÍA PLÁSTICA REPARADORA FUNCIONAL

Sólo se cubrirá este servicio, en la forma prevista en el numeral 1.14 de la Cláusula Primera del presente CONTRATO, siempre y cuando la cirugía plástica se requiera por causa de lesiones ocurridas con posterioridad a la fecha de vigencia del CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS, que este contemplada la cobertura en la póliza. Para que sea cubierta, la cirugía deberá cumplir la calidad de ser reparadora funcional. No se cubrirán cirugías reparadoras, en tanto las mismas no contribuyan a recuperar la funcionalidad de una estructura anatómica.

3.3.5. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS PROPIAS DE LA MUJER

Se cubre los tratamientos médico - quirúrgicos hospitalarios para esta patología, así como los gastos derivados de quimioterapia, cobaltoterapia y radioterapia, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones del CONTRATO y el plan seleccionado anexo al mismo.

Con respecto a los medicamentos que requiera el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS para el tratamiento hospitalario, únicamente cubrirá los productos farmacéuticos clasificados específicamente como citostáticos y hormonales que se expendan en el mercado nacional, dejando expresamente consagrado que no cubre medicamentos catalogados como estimulantes del sistema inmunológico.

3.3.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se cubren los trasplantes de los siguientes órganos: riñón, corazón, medula ósea, hígado, pulmón, páncreas y de cornea. (no están cubiertos los que no estén detallados en este punto).

Este servicio se cubrirá por una (1) sola vez de por vida por órgano, de acuerdo con los períodos de carencia estipulados en la Cláusula Octava de las Condiciones Generales del CONTRATO.

Se deja expresamente consagrado que en ningún caso cubrirá los gastos que el trasplante implique para el donante, tales como hospitalización, tratamiento y/o cirugía, sea el donante CONTRATANTE o no. De igual forma, no hay obligación, en ningún caso, a realizar la consecución del órgano por trasplantar ni a cubrir su valor.

3.3.7. ESTADO DE COMA

Si el CONTRATANTE entra en estado de coma, solo cubrirá su hospitalización hasta por treinta (30) días al año, contados a partir del momento en que se declare por parte de los médicos tratantes el estado de coma. Dicho período de tiempo no es acumulable para años subsiguientes.

3.3.8. MUERTE CEREBRAL:

Si se llegase a presentar muerte cerebral, sólo se cubrirá la hospitalización del CONTRATANTE y los gastos que ella demande, hasta por dos (2) días, contados a partir del momento en que se declare por parte de los médicos tratantes la muerte cerebral.

3.3.9. TUBOS DE VENTILACIÓN TIMPÁNICA (DIÁBOLOS):

Se cubren un par de tubos de ventilación timpánica (diábolos) por CONTRATANTE por año de contrato, bajo prescripción médica y previa autorización, a través de la red prestadora de servicios contratada.

3.4. COBERTURAS MÁXIMAS

SEGUROS UNIVERSAL se obliga a otorgar los servicios de salud que se consignan a continuación a los CONTRATANTE y/o BENEFICIARIOS del presente plan, sin perjuicio de las exclusiones y períodos de carencia establecidos en el contrato, teniendo en cuenta la máxima responsabilidad y asumirá bien sea en por ciento y/o en límites, cobertura en días, número de consultas, sesiones y/o distancia, de acuerdo con los servicios utilizados por el (los) CONTRATANTE(S) y previa autorización, excepto cuando se trate de urgencias, consulta médica general y especializada y exámenes de laboratorio e imagenología ambulatoria no sometidos a este requisito.

3.5. COBERTURAS EN EXCESO

Cuando el (los) CONTRATANTE(S) hayan consumido cualquiera de los límites anuales definidos en el cuadro de beneficios y haya acumulado el monto del deducible acordado, en el plan contratado, SEGUROS UNIVERSAL se obliga a otorgar los servicios de salud que se consignan a cargo de la cobertura en exceso, en por ciento y en límites hasta el máximo de por vida definido en el plan.

3.6. BENEFICIOS DUPLICADOS

Los beneficios de este contrato no se duplicarán con respecto a los beneficios de cualquier otro plan de salud individual y/o colectivo, local o internacional en el cual el (los) CONTRATANTE(S) sea(n) elegible(s). Los beneficios cubiertos bajo este contrato se reducirán cubriendo la diferencia con el otro contrato de forma tal que nunca exceda la cobertura máxima de este contrato, ni los montos estipulados en las Tarifas y Honorarios Médicos vigentes y adscritos a la red prestadora de servicios contratada.

CLÁUSULA CUARTA.- NO RETROACTIVIDAD DE LAS COBERTURAS

Las coberturas previstas de manera taxativa en el presente contrato operan hacia el futuro, es decir a partir de la fecha de vigencia del (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S). Ninguna cobertura tendrá aplicación en oportunidad anterior a la establecida.

SEGUROS UNIVERSAL podrá, sin estar en todo caso obligada a ello, reconocer continuidad, de acuerdo con la definición expresada en este contrato y los soportes definidos tales como certificaciones de aseguradores anteriores, entre otros, a algún(os) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S), decisión que deberá quedar consignada en el plan seleccionado anexo al contrato.

CLÁUSULA QUINTA.- DELIMITACIÓN DE LAS COBERTURAS

SEGUROS UNIVERSAL sólo se obliga a cubrir exclusivamente los gastos por los beneficios incluidos dentro de la cobertura del presente contrato. En este orden de ideas, los servicios considerados como exclusiones previstas en el presente contrato o cualquier otro servicio no previsto en el mismo, no generan obligación alguna para SEGUROS UNIVERSAL y en caso de haber sido prestados, su valor deberá ser asumido por el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO(S) ante el profesional o la entidad correspondiente.

CLÁUSULA SEXTA.- PRESTACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SALUD

Los beneficios cubiertos por este contrato, serán prestados exclusivamente por los profesionales y entidades cuya inscripción este vigente con la red prestadora de servicios contratada, al momento de la prestación de los beneficios. Por tanto, no cubrirá gasto alguno por los servicios y los tratamientos prescritos o realizados por profesionales o entidades no adscritos a la red prestadora de servicios contratada, salvo en los casos que se encuentren expresamente mencionados en el plan seleccionado anexo al presente contrato.

En los casos en que opere el mecanismo de reembolso, sólo se reconocerá los gastos en que haya incurrido el (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) hasta las coberturas máximas establecidas en el contrato y de acuerdo a la tabla de Honorarios Médicos vigentes para los profesionales adscritos a la red prestadora de servicios contratada.

Para efecto de reembolsos a los que haya lugar, en virtud de lo consignado en los numerales 3.1. Atención de urgencias; 3.3.2. Traslado en ambulancia terrestre; 3.2.9. Medicamentos ambulatorios pre - hospitalarios y post - hospitalarios; y en general, para todos los casos en que de conformidad con las condiciones contractuales, se deba realizar un reembolso al CONTRATANTE, el CONTRATANTE o la CONTRATANTE según el caso, deberá solicitar a SEGUROS UNIVERSAL expresamente y por escrito el reembolso correspondiente, de los gastos incurridos, indicando su valor y los servicios prestados y anexando a la solicitud las facturas en original expedidas por la entidad que hubiere prestado el beneficio con el respectivo soporte de pago, fotocopia de la cédula, fotocopia del carné que lo acredita como afiliado, fotocopia del resumen de atención médica correspondiente para efectos de auditoría médica, en los casos en que ésta se requiera. Dicha solicitud deberá efectuarse por parte del CONTRATANTE y/o el CONTRATANTE en un término máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que el CONTRATANTE haya recibido el servicio, vencido el término anterior SEGUROS UNIVERSAL no estará obligada a reintegrar o reembolsar, según sea el caso, los dineros solicitados.

Si se comprueba que para acreditar el derecho al pago de los reembolsos, según sea el caso, se presentaron documentos adulterados o fraudulentos o de alguna otra manera se falseó la verdad, SEGUROS UNIVERSAL quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y el CONTRATANTE perderá todo derecho al pago del reembolso, según sea el caso, siendo además causal de terminación automática del presente contrato.

SEGUROS UNIVERSAL en ningún caso cubrirá el valor de los siguientes beneficios prestados por fuera de la red prestadora de servicios contratada: exámenes de control o de rutina; servicios cuya realización haya sido previsible por el CONTRATANTE o su médico, antes del traslado de aquel a un lugar donde la red prestadora de servicios contratada no tenga Centros adscritos y en general, cualquier beneficio que no corresponda a una urgencia en los términos del presente contrato.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- EXCLUSIONES

SEGUROS UNIVERSAL no expedirá autorizaciones ni asumirá costo alguno en relación con los servicios de salud, procedimientos y/o servicios complementarios que se requieran o hayan sido prestados a un CONTRATANTE, incluso en los casos de urgencias, por causa o como consecuencia de los casos que a continuación taxativamente se relacionan:

- Cualquier clase de cáncer no invasivo, nic o insitu.
- Todas las metástasis en el sistema reproductor femenino provenientes de cánceres originados en otros sistemas del organismo.
- Preexistencias, de acuerdo con la definición establecida en el numeral 1.40 de la Cláusula Primera del presente CONTRATO, así como las malformaciones y anomalías congénitas y/o hereditarias. Esta exclusión opera incluso tratándose de urgencia médica.
- Si la enfermedad catastrófica propia de la mujer tiene su causa en el alcoholismo o drogadicción. Se considera válida la información suministrada por la red prestadora de servicios contratada, aunque no se realicen las pruebas.
- Enfermedades en conexión o en presencia de una infección del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

- Enfermedades diagnosticadas durante los seis (6) primeros meses de inicio de vigencia del afiliado dentro de este contrato o de su última rehabilitación.
- Consumos fuera del territorio nacional.

CLÁUSULA OCTAVA.- PERÍODOS DE CARENIA

Están sometidos a un período de carencia de seis (6) meses los servicios y/o coberturas contemplados en el presente contrato

CLÁUSULA NOVENA.- OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATANTE Y EL (LOS) CONTRATANTE(S)

A CARGO DEL CONTRATANTE:

El CONTRATANTE se obliga para con SEGUROS UNIVERSAL a:

- Declarar y contestar en forma completa y veraz en el cuestionario de salud que le presente SEGUROS UNIVERSAL, el verdadero estado de salud y las demás preguntas en él contenidas, en relación con la(s) persona(s) en favor de quienes contrata como CONTRATANTE(S), cuando éstas sean incapaces relativos o absolutos en los términos legales, siempre y cuando sea su representante legal; en caso contrario, tal declaración y firma la deberá efectuar quien ostente la calidad de representante legal.
- Pagar de manera anticipada el valor del presente contrato, según lo consagrado en la Cláusula Décima del presente contrato.
- Avisar por escrito haber sufrido o desarrollado la enfermedad en un período no mayor a tres (3) meses, después de ocurrido el hecho, el cual debe estar amparado por la certificación de derecho del afiliado, anexando pruebas fehacientes y satisfactorias de la ocurrencia de la enfermedad, con inserción del diagnóstico confirmado por un médico especialista y nombrado por la compañía a tal efecto. El diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histopatológica, de laboratorio y de gabinete. SEGUROS UNIVERSAL sólo será responsable del pago de los servicios médicos cuando reciba el aviso por escrito al que se refiere el presente párrafo, con los requerimientos anteriormente señalados.
- Reintegrar a SEGUROS UNIVERSAL dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que ésta lo solicite, el valor de los beneficios otorgados cuando dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la prestación de algún beneficio, SEGUROS UNIVERSAL verifique que el respectivo CONTRATANTE no tenía derecho a tales beneficios según los términos, condiciones, coberturas, limitaciones y/o exclusiones pactados en el presente contrato. Dicho término de ciento veinte (120) días, tendrá plena validez, siempre y cuando la consecución de los antecedentes necesarios sea del resorte exclusivo de SEGUROS UNIVERSAL, toda vez que de lo contrario, SEGUROS UNIVERSAL tendrá la posibilidad de solicitar el reembolso mientras el presente contrato se encuentre vigente. En todo caso SEGUROS UNIVERSAL podrá reclamar los reembolsos solicitados por vía judicial y sin necesidad de requerimiento previo alguno, por lo que el CONTRATANTE renuncia a todo tipo de requerimiento, pudiendo SEGUROS UNIVERSAL iniciar la acción ejecutiva para el recaudo de los dineros a reintegrar por servicios prestados a los que no tenía derecho, o por el pago de cuotas devengadas y no pagadas cuando a ello haya lugar. Para efectos del cobro judicial de estas obligaciones, el presente contrato prestará mérito ejecutivo, junto con la liquidación que del costo de dichos beneficios realice SEGUROS UNIVERSAL.

- Pagar la totalidad de los impuestos que graven o lleguen a gravar el presente contrato.
- Todas las demás que en su calidad de CONTRATANTE le sean aplicables de conformidad con el numeral 9.2 de la Cláusula Novena de este contrato.

A CARGO DEL (LOS) CONTRATANTE(S)

EL (LOS) CONTRATANTE(S) se obliga(n) para con SEGUROS UNIVERSAL a:

- Declarar y contestar en forma veraz en el cuestionario de salud que le presente SEGUROS UNIVERSAL, su verdadero estado de salud y las demás preguntas en él contenidas, cuando sea una persona capaz en los términos legales.
- Presentar a la red prestadora de servicios contratada o en las oficinas de SEGUROS UNIVERSAL, según sea el caso, el carné que lo acredite como afiliado a SEGUROS UNIVERSAL, su documento de identificación y cualquier otro mecanismo de identificación que utilice la empresa, cuando solicite la prestación de los servicios objeto del presente contrato.
- Presentar ante la red prestadora de servicios contratada la autorización expedida por SEGUROS UNIVERSAL, en todos aquellos casos en que así lo exija SEGUROS UNIVERSAL.
- Acudir a la respectiva cita médica, cuando SEGUROS UNIVERSAL le exija examen médico de ingreso, cita médica que deberá solicitar EL CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO(S) dentro de los treinta(30) días siguientes a la fecha en que SEGUROS UNIVERSAL el informe de tal requisito. En caso de que el (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) incumplan con el citado requisito, se entenderá que el mismo ha desistido de formar parte del contrato en su calidad de CONTRATANTE.
- Asumir los costos que impliquen la práctica de los exámenes médicos de ingreso, los cuales se realizarán en el sitio y hora determinados por SEGUROS UNIVERSAL.
- Entregar en las oficinas de SEGUROS UNIVERSAL, a la terminación del contrato o a su retiro del mismo por cualquier causa, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que se presente cualquiera de las dos circunstancias, los carnés que lo identifican como CONTRATANTE de SEGUROS UNIVERSAL. En caso contrario se hacen responsables por la indebida utilización que se les dé a estos documentos.
- Restituir a SEGUROS UNIVERSAL los costos ocasionados por los servicios recibidos por el (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) o por un tercero, en caso de utilización del carné de identificación después de la terminación del contrato o de la pérdida de la calidad de CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO(S), o por el uso indebido de los mismos, sin perjuicio de las acciones judiciales a que haya lugar.
- Permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y suministrar copia de la misma cuando así lo solicite SEGUROS UNIVERSAL. Se entiende que en desarrollo de la presente obligación autorizan a los médicos e instituciones o similares, adscritos o no, que posean datos sobre su salud, a suministrar tal información a

SEGUROS UNIVERSAL, a través de sus instituciones y profesionales adscritos a la proveedora de cobertura, y se compromete a guardar la debida reserva legal de la historia clínica y por ende a proteger los derechos fundamentales consagrados en la Constitución.

CLÁUSULA DÉCIMA.- VALOR Y FORMA DE PAGO

El pago del presente contrato se realizará por parte del CONTRATANTE a SEGUROS UNIVERSAL por anualidades anticipadas, antes de la vigencia del contrato, como contraprestación por los beneficios objeto del mismo y teniendo en cuenta el número de CONTRATANTE(S) que se afilien, las tarifas, rangos de edad y relación que sean publicadas por SEGUROS UNIVERSAL de conformidad con las disposiciones legales sobre el particular y según lo consagrado en la Cláusula Vigésima del presente contrato. Las tarifas establecidas por SEGUROS UNIVERSAL están basadas en rangos diferenciales de edad y relación.

SEGUROS UNIVERSAL podrá conceder el fraccionamiento de la cuota en forma semestral, trimestral o mensual a solicitud del CONTRATANTE, en cuyo caso, el pago se realizará antes de la vigencia o período fraccionado pactado.

El CONTRATANTE puede solicitar con treinta (30) días de antelación al momento de la renovación del contrato, el cambio en la forma de pago y SEGUROS UNIVERSAL se reserva el derecho de aceptar o no tal solicitud.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.- INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE CONTRATANTE(S) AL CONTRATO**11.1 INCLUSIÓN DE CONTRATANTE(S) AL CONTRATO**

La inclusión de CONTRATANTES adicionales a los inicialmente inscritos, deberá ser solicitada por el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO(S) en las oficinas de SEGUROS UNIVERSAL mediante el trámite de la respectiva solicitud de afiliación y el cuestionario de salud. Si dicha solicitud es aceptada por SEGUROS UNIVERSAL, el (los) nuevo(s) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) adquirirán derecho a los beneficios según lo establecido por el presente contrato, a partir del día siguiente de su registro en el sistema de informática de SEGUROS UNIVERSAL. Si pasados treinta (30) días desde la fecha de la presentación de la solicitud, SEGUROS UNIVERSAL no ha expedido el anexo de novedades, se entenderá que la solicitud ha sido rechazada.

Para determinar la fecha de inclusión de nuevos CONTRATANTES al contrato, para fines de facturación, de ser aceptada por SEGUROS UNIVERSAL, se tendrá en cuenta lo establecido en los siguientes literales:

- Solicitud de inclusión presentada antes de la fecha de corte de facturación: a partir del mes siguiente.
- Solicitud de inclusión presentada después de la fecha de corte de facturación: a partir del mes subsiguiente.

En todo caso, cuando haya inclusión de CONTRATANTES al contrato, se ajustará el precio del contrato y las cuotas correspondientes a la nueva situación creada, ajuste que se realizará a partir de la fecha de inclusión del (los) nuevo(s) CONTRATANTE(S).

PÁRRAFO: SEGUROS UNIVERSAL se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de nuevos CONTRATANTE(S), así como el de explicar los motivos o razones para la negativa. En todo caso no habrá lugar a la devolución de sumas de dinero pagadas por el CONTRATANTE y/o por el (los) CONTRATANTE(S) por concepto de exámenes médicos.

11.2 REQUISITOS PARA LA INCLUSIÓN DE CONTRATANTE(S) AL CONTRATO

11.2.1 EDAD ELEGIBLE: Sólo serán elegibles para ingresar a este contrato las mujeres mayores de dieciocho (18) años y menores de sesenta y cinco (65) años. La inclusión en dicho contrato dependerá de que el beneficiario cumpla con los parámetros definidos por el contratante y que forman parte del presente endoso.

11.2.2 SOLICITUD DE AFILIACION: El CONTRATANTE debe diligenciar, bajo su exclusiva responsabilidad, la solicitud de afiliación diseñada para el efecto por SEGUROS UNIVERSAL.

11.2.3 CUESTIONARIO DE SALUD: Para efectos de verificar las respuestas dadas en el cuestionario de salud, el potencial CONTRATANTE se obliga a permitir a SEGUROS UNIVERSAL el acceso a la información contenida en su historia clínica y a suministrarla cuando ésta lo solicite. Así mismo autoriza expresamente a los médicos e instituciones que posean datos sobre su salud para suministrar tal información a SEGUROS UNIVERSAL.

El CONTRATANTE y el CONTRATANTE serán responsables por cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en el cuestionario de salud, una vez éste haya sido firmado en señal de conformidad con la información allí contenida.

EXAMEN MÉDICO: SEGUROS UNIVERSAL podrá, cuando lo considere necesario, solicitar examen médico de ingreso como requisito de inclusión, a través de la red prestadora de servicios contratada, para todos o algunos de los potenciales CONTRATANTES, todo ello de acuerdo con lo consagrado en la Cláusula Novena, numerales 9.2.4 y 9.2.5.

EXCLUSIÓN DE CONTRATANTE(S) AL CONTRATO

La exclusión de CONTRATANTE(S) del presente contrato, deberá ser comunicada por escrito por el CONTRATANTE a SEGUROS UNIVERSAL, a través de sus oficinas, acompañando a tal comunicación el (los) carné del (los) CONTRATANTE(S) a retirar.

El (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) excluido(s) perderá(n) el derecho a la prestación de servicios según lo establecido por el presente contrato, a partir del día de su registro en el sistema de informática de SEGUROS UNIVERSAL.

Para determinar la fecha de exclusión de CONTRATANTES y/o BENEFICIARIO(S) del contrato, para fines de facturación, se tendrá en cuenta lo establecido en los siguientes literales:

- Solicitud de exclusión presentada antes de la fecha de corte de facturación: A partir del mes siguiente.
- Solicitud de exclusión presentada después de la fecha de corte de facturación: A partir del mes subsiguiente.

Cuando se retire a uno o a varios CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) y el CONTRATANTE tuviere pagadas la totalidad o parte de las cuotas por un período de tiempo mayor, SEGUROS UNIVERSAL se obliga a devolver, la parte proporcional de las cuotas correspondientes a ese (esos) CONTRATANTE(S) no causadas, reembolsando al CONTRATANTE el 75% de las mismas y el 25% restante quedará a disposición de SEGUROS UNIVERSAL por concepto de gastos generales y de administración.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

SEGUROS UNIVERSAL no cubrirá por el presente contrato los costos derivados de la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y en general la que se deba prestar al CONTRATANTE y/o CONTRATANTE(S), por causa o con ocasión de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, toda vez que los mismos, de conformidad con la reglamentación legal sobre el particular serán asumidos por la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre(n) afiliado(s).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.- PAGO DE LOS SERVICIOS

Los costos de los servicios cubiertos por este contrato serán pagados directamente a la red prestadora de servicios contratada, por haber prestado el beneficio de salud y/o complementario. Solo se pagarán por el mecanismo de reembolso, los beneficios así expresamente previstos, siempre y cuando exista derecho a recibir el beneficio.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. CARNÉ DE AFILIACIÓN

Los CONTRATANTES de SEGUROS UNIVERSAL tendrán un carné de afiliación que los acredite como CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO del sistema de medicina prepagada ofrecido por SEGUROS UNIVERSAL de acuerdo con el plan contratado. Los carné de identificación son propiedad de SEGUROS UNIVERSAL y de carácter personal e intransferible en su uso. En caso de que el CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO portador del carné permita que otras personas utilicen dicho documento para obtener autorización y/o prestación de beneficios, SEGUROS UNIVERSAL podrá dar unilateralmente excluirlo del contrato o dar por terminado el mismo, según lo previsto en la Cláusula Vigésima Segunda del presente contrato, sin perjuicio de iniciar las acciones judiciales del caso.

En caso de extravío o hurto del carné de identificación, SEGUROS UNIVERSAL expedirá, con costo a cargo del CONTRATANTE y/o BENEFICIARIO, el duplicado correspondiente, previa solicitud escrita del CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.- HISTORIA CLÍNICA

Con el fin de controlar la calidad y correcta utilización de los servicios durante toda la vigencia del contrato, el (los) CONTRATANTE(S) y/o BENEFICIARIO(S) se obliga(n) a permitir el acceso a la información consignada en su historia clínica y se obligan a suministrarla cuando así lo solicite SEGUROS UNIVERSAL. De igual forma autorizan a los médicos e instituciones, o similares, que posean datos sobre su salud, para suministrar tal información a SEGUROS UNIVERSAL.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA.- AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y COMPLEMENTARIOS

Teniendo en cuenta la naturaleza y objeto del presente contrato, las relaciones médico-paciente y paciente-entidad se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa de los profesionales adscritos a la red prestadora de servicios contratada de los beneficios, de tal manera que SEGUROS UNIVERSAL no responderá por los perjuicios que eventualmente lleguen a derivarse de la prestación de los beneficios de salud y complementarios, por parte de las instituciones o miembros adscritos a la red prestadora de servicios contratada. Por esta razón, el CONTRATANTE declara expresamente que si eventualmente llegaran a presentarse reclamaciones de carácter judicial o extrajudicial por efecto de los actos médicos o de los beneficios derivados de la póliza, tales reclamaciones sólo

podrán dirigirse contra el profesional o la entidad que hubiere prestado el respectivo beneficio a la red prestadora de servicios contratada y que en ningún caso invocará responsabilidad de SEGUROS UNIVERSAL. Así mismo, todos los CONTRATANTES se obligan a proceder en la forma indicada para el CONTRATANTE.

En todo caso SEGUROS UNIVERSAL responderá civil y administrativamente por los perjuicios que se ocasionen a los CONTRATANTES y/o BENEFICIARIO(S) en los eventos derivados del incumplimiento del Contrato.

En materia de responsabilidad civil extracontractual, SEGUROS UNIVERSAL se atenderá a la reglamentación civil sobre la materia, en caso de verse abocada a ello.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA. VIGENCIA DEL CONTRATO Y CAMBIO DE TARIFAS.

El presente contrato se celebra por término de un (1) año. No obstante lo anterior, si con menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del contrato el CONTRATANTE no manifiesta por escrito su decisión de no prorrogarlo, el contrato se renovará por el término inicialmente pactado. De igual manera se procederá para los años siguientes. En todo caso SEGUROS UNIVERSAL garantiza la renovación automática del contrato salvo los casos de incumplimiento por parte del CONTRATANTE, así como en los casos en que el CONTRATANTE o alguno de los CONTRATANTES, no estén afiliados en dicha fecha de renovación, a algún intermediario de seguros, y solo respecto de los que no cumplan dicho requisito.

Durante todo el término de la relación contractual las tarifas serán ajustadas anualmente con base en la edad alcanzada por los CONTRATANTES, a la exposición de riesgos proyectada y a la siniestralidad del contrato, de acuerdo a las tarifas de plan asociado al mismo.

SEGUROS UNIVERSAL notificará al CONTRATANTE el incremento de las tarifas mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE, con no menos treinta (30) días de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor. Si el CONTRATANTE no estuviere de acuerdo con las nuevas tarifas, deberá comunicar su decisión de dar por terminado el contrato, mediante documento escrito con acuse de recibo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de remisión de la comunicación correspondiente. En caso de que no se produzca esta manifestación dentro del término indicado, se presumirá la aceptación del CONTRATANTE respecto de las nuevas tarifas y su intención de continuar con el contrato.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA AFILIACIÓN CON ALGÚN (O ALGUNOS) CONTRATANTE(S)

Podrán darse por terminados en los siguientes eventos:

- Por mutuo acuerdo de las partes contratantes, manifestado en cualquier tiempo y por escrito.
- Por decisión unilateral del CONTRATANTE manifestada por aviso escrito con no menos de treinta (30) días de anticipación a la pretendida fecha de terminación.
- Por decisión unilateral de SEGUROS UNIVERSAL, respecto del contrato en general o alguno o algunos de los CONTRATANTES, en los siguientes eventos, esta lista es de carácter enunciativa:
- Por cualquier declaración falsa o inexacta por parte del CONTRATANTE, respecto de la edad o documento de identificación,

así como por cualquier falsedad, reticencia o inexactitud comprobada en relación con las preguntas formuladas en la solicitud de afiliación y/o en el cuestionario de salud. De igual forma, será causal de terminación unilateral cualquier omisión acerca de información referente a preexistencias, lesiones, enfermedades, intervenciones quirúrgicas o antecedentes relacionados con el estado de salud del CONTRATANTE y/o cualquiera de los CONTRATANTES.

- Por la no restitución o restitución extemporánea de sumas debidas a SEGUROS UNIVERSAL en desarrollo de lo previsto en la Cláusula Novena numeral 9.1.2 del presente contrato.
- Si se comprueba sumariamente que para acreditar el derecho al pago de los reembolsos se presentaron documentos adulterados o fraudulentos o de alguna otra manera se falseó la verdad. En este evento SEGUROS UNIVERSAL quedará exenta de toda obligación o responsabilidad y el CONTRATANTE perderá todo derecho al pago del reembolso, siendo además causal de terminación automática del presente contrato.
- Por usar y/o permitir el uso indebido de los carné de identificación a persona distinta al CONTRATANTE al que corresponda con el fin de obtener autorizaciones y/o utilizar servicios.
- En general, por el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones del CONTRATANTE y/o el (los) CONTRATANTE(S) establecidas en el presente contrato.

En cualquiera de los casos previstos en los numerales 18.3.1 al 18.4, la terminación opera en forma inmediata a partir de la fecha de remisión del aviso escrito dado en tal sentido por SEGUROS UNIVERSAL, salvo lo consagrado en el numeral 18.3.3, toda vez que la cancelación opera de forma automática. En los casos restantes, SEGUROS UNIVERSAL notificará al CONTRATANTE la cancelación mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE y/o ASESOR.

En caso de terminación del contrato por las causas anteriores, SEGUROS UNIVERSAL reembolsará al Contratante el 75% del valor de la cuota no causada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha efectiva de la terminación del contrato; el 25% restante quedará a disposición de SEGUROS UNIVERSAL por concepto de gastos generales y de administración, salvo en los casos de terminación de contrato por mora, evento en el cual no habrá lugar a restitución alguna.

Para todos los casos en que se señala la necesidad de aviso escrito, éste se remitirá por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE. El envío de la comunicación correspondiente en tales condiciones, dará lugar a la terminación del contrato, sea que el destinatario conozca efectivamente o no el contenido de la comunicación.

18.4 Por incumplimiento de cualquier otra de las condiciones o términos del presente Contrato.

18.5 Por muerte del CONTRATANTE, cuando éste fuere el único CONTRATANTE. En el evento de existir uno (1) o más CONTRATANTE(S) del contrato, distintos al CONTRATANTE y presentarse el fallecimiento de este último, el o los CONTRATANTE(S) sobrevivientes deberán comunicar la muerte dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de la misma indicando si desean o no continuar con el contrato y especificando, el nombre de la persona que asumirá la calidad de Contratante; en caso de no señalarse la persona que adquirirá la calidad de contratante, tal calidad será adquirida por el (los) primer CONTRATANTE sobreviviente que tenga capacidad legal para ello. Si ninguno de los CONTRATANTES tiene

capacidad legal para contratar, el contrato terminará automáticamente a los treinta (30) días siguientes del fallecimiento del CONTRATANTE.

18.6 Por agotamiento del límite de gasto definido en el plan seleccionado.

CLÁUSULA DECIMA NOVENA.- MORA, SUSPENSIÓN DE COBERTURA Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

En caso de que el CONTRATANTE incurra en mora en el pago del precio del contrato o de una de sus cuotas, según lo establecido en las Cláusulas Novena numeral 9.1.2 y Décima, la cobertura cuya prestación gestiona SEGUROS UNIVERSAL se suspenderá automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna por parte de SEGUROS UNIVERSAL.

Lo anterior sin perjuicio de que SEGUROS UNIVERSAL decida dar por terminado unilateralmente el contrato en cualquier momento mientras persista la mora, facultad que tendrá por un plazo máximo de dos (2) meses, vencidos los cuales el contrato terminará automáticamente, sin necesidad de comunicación alguna, todo ello sin perjuicio de que SEGUROS UNIVERSAL promueva las acciones legales que a su favor tenga para el cobro de los saldos insolutos.

La suspensión no afecta la vigencia del contrato, no exonera al CONTRATANTE del pago de las cuotas vencidas, y no impide que, mientras dure, se sigan causando las cuotas subsiguientes.

Una vez el CONTRATANTE pague las cuotas respecto de las cuales se encuentre en mora y las cuotas correspondientes al tiempo durante el cual el contrato estuvo suspendido y siempre y cuando el contrato no se hubiere terminado por decisión unilateral de SEGUROS UNIVERSAL o de forma automática por las causales antes señaladas, se restablecerá el servicio a partir del tercer día hábil posterior a la fecha del pago. El restablecimiento del servicio en ningún caso modificará la fecha de vencimiento del contrato. Los tratamientos, las consecuencias, secuelas y recidivas de todas las enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el tiempo de suspensión no estarán cubiertos una vez restablecido el servicio. El CONTRATANTE renuncia a los requerimientos para constituirlo en mora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- INTERESES DE MORA

En caso de mora por parte del CONTRATANTE en el pago del precio del contrato o de cualquiera de las cuotas según la forma de pago acordada, SEGUROS UNIVERSAL podrá cobrar sobre los saldos pendientes intereses moratorios.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.- CAMBIO DE DIRECCIÓN

El CONTRATANTE deberá informar por escrito a SEGUROS UNIVERSAL, sobre cualquier cambio en la dirección o el teléfono de su residencia u oficina que hubiere comunicado a SEGUROS UNIVERSAL en la solicitud de ingreso. Todas las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se remitirán a la última dirección notificada por el CONTRATANTE en la forma prevista en la presente cláusula. SEGUROS UNIVERSAL no será responsable, en ningún caso, por la remisión de correspondencia a la dirección antigua cuando el CONTRATANTE hubiere incumplido con la obligación de comunicar su nueva dirección y dará por conocido para todos los efectos, el contenido de dicha correspondencia.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- ANEXOS

Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

- Solicitud de Contrato Colectivo de Salud o Solicitud de Afiliación Individual firmada por el CONTRATANTE, según corresponda.

- Solicitud de Afiliación Colectivo firmado por EL CONTRATANTE.
- Resultados del examen de ingreso practicado a los CONTRATANTES, cuando el mismo sea exigido por parte de SEGUROS UNIVERSAL.
- Las tarifas del plan contratado, cotización firmada por el CONTRATANTE.
- Los demás documentos y comunicaciones que se originen con ocasión del contrato.

Todos los documentos contractuales antes mencionados, deben ser firmados por las partes, excepto los anexos correspondientes al numeral 22.3

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. ACEPTACIÓN

Se entiende que el CONTRATANTE y el (los) CONTRATANTE(S) en virtud del presente contrato aceptan los términos y condiciones del mismo y las obligaciones que para ellos se derivan, cuando realicen cualquier acto que suponga tal aceptación o que implique la ejecución del contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA.- RECLAMOS SOBRE EL OTORGAMIENTO DE COBERTURA:

El CONTRATANTE podrá diligenciar reclamos de cobertura a SEGUROS UNIVERSAL, sobre cualquier inconveniente en el manejo de su contrato, a través de cualquiera de los canales establecidos.

Este reclamo debe presentarse a SEGUROS UNIVERSAL, en un plazo menor a los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha de la situación que generó el reclamo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

Para cualquier desacuerdo, problema, disputa o diferencia de cualquier naturaleza que pueda surgir entre las partes bajo, o por o con relación a este contrato, serán resueltos en forma amigable, mediante consultas mutuas de buena fe y en caso de no ser posible, frente a la Superintendencia de Seguros conforme a lo establecido en la Ley 146-02.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO

Cualquier modificación a este contrato deberá hacerse mediante solicitud escrita de parte del CONTRATANTE y convenida con SEGUROS UNIVERSAL, o mediante enmienda de SEGUROS UNIVERSAL, la cual notificará al CONTRATANTE la modificación mediante aviso enviado por correo a la última dirección comunicada por el CONTRATANTE, con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor. Si el CONTRATANTE no estuviere de acuerdo, deberá comunicar su decisión de dar por terminado el contrato, mediante escrito enviado por correo certificado dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de remisión de la comunicación correspondiente. En caso de que no se produzca esta manifestación dentro del término indicado, se presumirá la aceptación del CONTRATANTE respecto a las nuevas condiciones y su intención de continuar con el contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA.- LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROS UNIVERSAL

SEGUROS UNIVERSAL será responsable por la ejecución de los servicios descritos en el presente contrato, de acuerdo con los términos y condiciones del mismo, no obstante, EL CONTRATANTE reconoce y acepta que SEGUROS UNIVERSAL quedará liberada de toda su responsabilidad si se viera imposibilitada de otorgar los servicios si se diera alguna de las siguientes situaciones: huelgas generales, motines, guerras civiles, calamidad pública, huracanes, terremotos, tornados e inundaciones, o cualquier otro acto catastrófico similar.