

SEGURO PARA PRESTACIONES MÉDICAS DE ALTO COSTO

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320200214

ARTICULO 1º: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o dependiente.

La presente póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado titular a solicitud del Asegurador, y en base a la información que ha entregado el Asegurador al asegurado titular respecto a las condiciones, términos y modalidades del seguro, todos los cuales forman parte integrante de la presente póliza.

ARTÍCULO 2º: COBERTURA

El Asegurador reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el

asegurado, respecto de aquellas prestaciones que se enumeran en la Tabla de Beneficios que forma parte del Condicionado Particular de la póliza, conforme a los beneficios con prestaciones progresivas, porcentajes y topes que allí se indicarán.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas efectivamente contratadas de aquellas descritas

en esta póliza, y de acuerdo a los términos, proporciones, límites y condiciones que deberán quedar expresamente señaladas en el Condicionado Particular de la póliza.

Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos señalados en el Condicionado Particular.

La cobertura de reembolso o pago directo de gastos cubierto por esta póliza se efectuará exclusivamente respecto a aquellos gastos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado sólo en aquellos centros, instituciones o prestadores de salud que se señalan en el Condicionado Particular.

ARTÍCULO 3º: DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, se entiende por:

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta. Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o padecimiento. Para los casos de nariz, ligamentos, columna vertebral, rodilla y articulaciones mayores, sólo se considerarán accidentes cuando exista fractura o ruptura, según aplique, o politraumatismos.

ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

AMBULANCIA TERRESTRE: Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del asegurado hacia un hospital.

AÑO CALENDARIO: Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de 12 (doce) meses consecutivos que comienza en la fecha del inicio de vigencia de la póliza, y cualquier período subsiguiente de 12 (doce) meses.

ASEGURADO TITULAR: El solicitante nombrado en la solicitud de incorporación. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de incorporación, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por el Asegurador. El término "asegurado"; incluye al asegurado titular y a todos los beneficiarios cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADOR: Es una compañía de seguros de vida autorizada por ley para comercializar seguros y cubrir riesgos correspondientes al segundo grupo, con sujeción a las disposiciones de los modelos de pólizas y cláusulas adicionales que se encuentren incorporadas en el depósito de pólizas que lleva la Comisión para el Mercado Financiero.

BENEFICIOS CUBIERTOS: Tratamientos y beneficios que aparecen como cubiertos en el Condicionado Particular de la póliza.

BLOQUE: Los asegurados de un tipo de póliza (incluyendo el deducible) o un territorio.

CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS: Corresponde a una categoría de clínica ambulatoria centrada en la prestación de atención ambulatoria a personas con problemas médicos urgentes pero no graves, en un centro médico dedicado. Las salas de emergencias de hospitales y clínicas no son consideradas Centro de Atención de Urgencia para efectos de esta definición.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros 31 (treinta y un) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIONADO PARTICULAR: Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha del inicio de vigencia, el deducible contratado, la suma asegurada, el tipo de plan, entre otra información de relevancia para el asegurado titular, y que además enumera a todas las personas cubiertas bajo la póliza de seguro.

CONTRATANTE: La persona que firma la solicitud de incorporación para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.

CONTRATO: El presente contrato celebrado entre el Asegurador y el asegurado, bajo el cual el Asegurador se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al asegurado por gastos incurridos relacionados con los beneficios cubiertos.

COPAGO: Es el porcentaje o monto fijo de las facturas médicas de ciertos beneficios que el asegurado debe pagar en adición al deducible.

CRISIS DE ANSIEDAD (INCLUYE ATAQUES DE PÁNICO): La crisis de ansiedad o trastornos de ansiedad (se incluyen los ataques de pánico como forma extrema de esta condición) se pueden definir como la aparición brusca de un sentimiento de aprensión, inquietud, incertidumbre o miedo intenso por un período definido, breve o repetitivo acompañado de síntomas somáticos y/o cognitivos. Es un diagnóstico clínico tratado por un médico mediante fármacos y terapias.

CRISIS PSICÓTICA: Son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Según los criterios establecidos por DSM-5(Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) se caracterizan por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes(son falsas creencias, ejemplo , que alguien va en su contra), alucinaciones(son percepciones falsas ,como escuchar, ver o sentir algo que no existe) lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un técnico de la salud o asistente de enfermería.

CUIDADOS INTENSIVOS: Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de tratamiento y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración

mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los recién nacidos.

DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por cada asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima a pagar por póliza por concepto de deducible, y es equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

DEPENDIENTE: Cualquier otra persona diferente del asegurado titular cubierta bajo esta póliza y, nombrada en el Condicionado Particular.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMERGENCIA: Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas.

ENDOSO: Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad al

inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica el Condicionado General y el Condicionado Particular. Lo

estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre el Condicionado General y el Condicionado Particular en todo aquello que se contraponga, en tanto haya sido aprobado por las partes.

ENFERMEDAD O DOLENCIA: Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMEDAD O DOLENCIA PREEXISTENTE: Son aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del contrato, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un médico o doctor legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los 5 (cinco) años previos al inicio de vigencia de la póliza.

Cuando el Asegurador cuente con pruebas documentales de que el asegurado efectuó cualquier gasto para

recibir un diagnóstico de la enfermedad o dolencia de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud

de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o dolencias por los que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

El Asegurador podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o dolencia alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

ENFERMERO(A): Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD): El equipo médico durable (EMD) provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe además cumplir con las siguientes características: a) Es resistente al uso repetitivo, b) es usado para un propósito médico y c) es apropiado para usarlo en casa pero

puede ser transportado para permitir al individuo la realización de sus tareas diarias. El equipo médico durable generalmente no es útil para personas que no tienen una enfermedad o una lesión.

ESPECIALISTA: Un cirujano, anestesiólogo, así como un médico o doctor que esté legalmente calificado para practicar medicina o cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la enfermedad, padecimiento o lesión que sea tratado. Por una escuela médica reconocida; se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE: Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin signos de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO: Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.

FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha del inicio de vigencia de la póliza.

FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA: Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en el Condicionado Particular.

FONOAUDIÓLOGO: Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o padecimientos del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el tratamiento.

GASTOS ELEGIBLES: Se refiere a aquellos gastos incurridos por el asegurado durante el año póliza que serán cubiertos siempre que así lo indique la Tabla de Beneficios, aun cuando dichos gastos sean utilizados para acumular al deducible.

HOSPITAL O CLÍNICA: Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por más de 23 (veintitrés) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o padecimiento también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.

LÍMITE MÁXIMO: Se establece en la Tabla de Beneficios como la cantidad máxima acumulada que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en el Condicionado Particular de la póliza.

MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA: tratamiento médico que sustituye o mantiene activas las funciones vitales del cuerpo, que temporal o permanentemente no pueden realizarse de forma independiente, e incluye la respiración asistida, la nutrición e hidratación artificiales y la reanimación cardiopulmonar. Cuando el paciente tiene una condición tratable, el tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida (incluyendo intubación y ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado) se usa temporalmente hasta que su condición pueda estabilizarse y el cuerpo pueda recuperar su función normal. Algunas veces el cuerpo no recupera, pese a los tratamientos proporcionados, las funciones tratadas. En esos casos, es la condición subyacente, no el acto de discontinuar el tratamiento, lo que podría producir la muerte.

MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por el Asegurador como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad, padecimiento o lesión. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si: (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado, la familia del asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o junior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, tratamiento del asegurado; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales

correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

NUTRICIONISTA: Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el tratamiento.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA: Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

PACIENTE AMBULATORIO: Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital únicamente durante el día.

PAÍS DE NACIONALIDAD: El país que le ha otorgado nacionalidad al asegurado titular y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente al Asegurador por escrito.

PAÍS DE RESIDENCIA: El país en el que el Asegurado Titular ha manifestado en el formulario de Solicitud de Incorporación que mantiene su residencia fija o en su defecto su país de origen; o el lugar que hubiese informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.

PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

PERÍODO DE GRACIA: El período de tiempo de 30 (treinta) días después de la fecha de vencimiento de la prima, durante el cual el Asegurador permitirá que la póliza sea pagada.

PÓLIZA: Su contrato de seguro con el Asegurador, tal como está descrito en el Artículo 1 de este documento.

PRESTACIÓN PROGRESIVA: Se refiere a coberturas especificadas en el Condicionado General o en el Condicionado Particular de la póliza cuyo acceso para el asegurado está asociado al transcurso de la vigencia de la póliza, sin cambios en el valor de la prima acordada durante la vigencia del seguro y sin perjuicio de los ajustes que pueda experimentar en las renovaciones, si procede.

PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA: Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk).

PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA: Profesional que está legalmente calificado y que cuenta con licencia para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el tratamiento.

QUINESIÓLOGO: Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple 31 (treinta y un) días de vida.

REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA): Tratamiento o una combinación de varios

tratamientos de terapias como física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa

después de un evento crítico como un infarto.

RENOVACIÓN: Cada aniversario de la fecha en que el asegurado titular contrató el seguro.

RESIDENTE: Persona que reside en, o asiste habitualmente a, un país en el que mantiene intereses formales comprobables dentro de su territorio, tales como propiedades inmuebles, participación en empresas u otras inversiones u otras razones laborales o que ha recibido un estatus migratorio temporal o permanente por parte de las autoridades correspondientes del país.

SIGNOS: Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o padecimiento constatadas por el médico o doctor tratante.

SÍNTOMA: Referencia que da un asegurado al médico o doctor tratante, por la percepción o cambio que

reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN: Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por el Asegurador para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de incorporación incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por el Asegurador, su historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, el Asegurador antes de la emisión de la póliza. La solicitud de incorporación no

presupone cobertura, ya que debe haber previa aprobación del Asegurador.

SUMA ASEGURADA: Monto en dólares americanos asignada por asegurado y por año póliza, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de la República de Chile como en el extranjero, por accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos bajo la póliza, de acuerdo a las condiciones y términos señalados en el Condicionado General de la póliza.

La suma asegurada para el siniestro en curso será la suma asegurada por año póliza, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos, ocurridos durante el mismo año póliza. Al concretarse la renovación de la póliza, se establecerá una nueva suma asegurada por asegurado, por año póliza, para los gastos incurridos por accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por asegurado, por año póliza.

TABLA DE BENEFICIOS: Listado que forma parte del Condicionado Particular de la póliza que incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable también detallado en el Condicionado Particular.

TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA: Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) enfermero(a), como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de cuidado asistencial para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL): Un terapeuta ocupacional u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el asegurado esté recibiendo el tratamiento.

TERAPEUTA COMPLEMENTARIO: Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el tratamiento.

TRASPLANTE: Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

TRATAMIENTO: Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico, de laboratorio e imagenología) para tratar una enfermedad o padecimiento o lesión con el objeto

de que el asegurado recupere, restablezca, restaure o conserve su estado de salud.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: Tratamiento suministrado en el hospital, consultorio, oficina del médico o doctor, o clínica para pacientes ambulatorios en donde el asegurado no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el tratamiento.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios que se hacen necesarios debido a una condición que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO: Tratamiento de una enfermedad o padecimiento mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE: Es el costo máximo que el Asegurador pagará por todos los

gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza, el cual será determinado de acuerdo con los aranceles que el Asegurador tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores, de acuerdo con el área geográfica donde se realice el tratamiento.

ARTÍCULO 4º: EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los gastos médicos definidos en esta póliza cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de:

- 1) Enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor al momento de contratar la póliza.
- 2) Enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos.
- 3) Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos.

4) Complicaciones que resulten de enfermedades o padecimientos y tratamientos excluidos.

5) Actividades peligrosas: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional, excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular.

6) Admisión electiva: La admisión electiva en un hospital por más de 23 (veintitrés) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por el Asegurador.

7) Alimentos, complementos y suplementos: Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésta sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

8) Almacenamiento de tejidos: Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de 24 (veinticuatro) horas de duración.

9) Cirugía o tratamiento cosmético: Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

10) Cirugías y tratamientos para cambio de sexo: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y sus complicaciones, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

11) Clínicas de hidroterapia, naturistas, etc.: Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

12) Conflicto y desastre: Contaminación nuclear o química, guerra, huelga, revolución, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares si el asegurado: ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida, ha participado activamente, o ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

13) Control de natalidad: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas del asegurado con su doctor para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.

14) Depósitos/pagos por adelantado: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

15) Desórdenes de la conducta o del desarrollo: No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

16) Desórdenes del sueño: Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.

17) Disfunciones y enfermedades de transmisión sexual: Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza, y las enfermedades transmitidas sexualmente.

18) Embarazos no cubiertos: Gastos derivados de tratamientos o servicios relacionados con el embarazo ni sus complicaciones, ni los gastos en que incurra el asegurado para el cuidado del recién nacido sano o enfermo, excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular.

19) Enfermedades epidémicas y/o pandémicas: No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, a excepción de aquellas vacunas que se especifiquen en su Tabla de Beneficios.

20) Equipo de riñón artificial: Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea

aprobado por escrito por el Asegurador.

21) Exámenes de diagnóstico para trabajo o viajes: Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

22) Gastos de registro/administración: Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que el Asegurador, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).

23) Gastos excesivos: Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha

recibido.

24) Gastos relacionados con tratamientos no cubiertos: El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o padecimiento, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

que no sea médicamente necesario, o para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o que está relacionado con el cuidado asistencial, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios, o que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias. Además de las exclusiones generales de la póliza, está también excluido de cobertura cualquier tratamiento o servicio médico para el área, órgano y/o sistema específicamente indicado como exclusión particular en el inciso 8 "Preexistencias declaradas y condiciones especiales" del Condicionado Particular.

25) Lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido y/o uso nocivo o peligroso de alcohol, drogas y/o medicinas: Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidos por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionados por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, drogas recreativas, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

26) Lesiones por riñas: Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o padecimientos, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el asegurado participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.

27) Mantenimiento artificial de la vida: el Asegurador no pagará el mantenimiento artificial de la vida cuando el paciente sufra de una lesión, enfermedad o padecimiento que requiera tratamiento para el mantenimiento artificial de la vida, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado

o en la restauración de su salud. El Asegurador se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico médico. El Asegurador no continuará pagando el mantenimiento artificial de la vida del paciente dentro de una institución hospitalaria cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del paciente o en la restauración de su salud. Sin embargo, El Asegurador puede considerar la posibilidad de mantener la cobertura para dichos tratamientos en una institución no hospitalaria o en el hogar del asegurado.

28) Maternidad subrogada: Tratamiento directamente relacionado con la maternidad sustituta. Esta exclusión es aplicable tanto si la asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.

29) Medicamentos sin receta: Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica.

30) Medicina alternativa: Acupuntura y reflexología, o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular.

31) Medicina china: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

32) Órganos mecánicos o animales: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o padecimientos futuros.

33) Podología: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

34) Profesional o proveedor médico o instalaciones médicas no autorizados: Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no autorizado o certificado por las autoridades competentes o tratamiento realizado en instalaciones médicas no autorizadas o certificadas por las autoridades competentes.

35) Pruebas genéticas: Pruebas genéticas, cuando dichas pruebas sean realizadas para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o padecimiento, excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular.

36) Servicio militar y/o policial: Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.

37) Trastornos refractivos: Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular.

38) Tratamiento de fertilidad: Tratamiento para asistir en la reproducción, como: fertilización in-vitro (IVF) transferencia intratubárica de gametos (GIFT) transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) inseminación artificial (IA) tratamiento de medicamentos recetados traslado del embrión (de una ubicación física a otra) gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen.

39) Tratamiento en instituciones públicas: Tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el asegurado es derechohabiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.

40) Tratamiento experimental: el Asegurador no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. El Asegurador no pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente. El Asegurador no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

41) Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico: No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental, a menos que se especifique en su Tabla de Beneficios. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

42) Tratamientos maxilares: Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.

43) Tratamientos para la obesidad: Los tratamientos para o como resultado de la obesidad o del control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional, y sus complicaciones están excluidos, excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular. El Asegurador pagará por consultas con un nutricionista si la asesoría nutricional está relacionada con una enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza. Los gastos asociados con cirugía por obesidad están cubiertos tal como se indica en la Tabla de Beneficios, sujeto a los términos y condiciones aquí establecidos. La cobertura para cirugía bariátrica está excluida para asegurados que no hayan cumplido con el período de prestación progresiva de 2 (dos) años y para asegurados que hayan cumplido los 60 (sesenta) años de edad.

44) Tratamientos para el crecimiento: Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al tratamiento de una condición cubierta bajo la póliza.

45) Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/pages/office-of-foreign-assets-control.aspx.

46) Tratamientos realizados por familiares: Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

ARTICULO 5º: DEDUCIBLE

Corresponde a aquella parte de los gastos médicos definidos en esta póliza que son de cargo del asegurado, y cuyos montos y vigencia temporal serán definidos en el Condicionado Particular.

El deducible será anual y aplica por separado al asegurado titular, y a cada uno de sus dependientes, con un máximo limitado al equivalente de 2 (dos) deducibles por familia y por año póliza. El asegurado titular y cada uno de sus dependientes deberán cubrir el deducible anual correspondiente, el cual que es renovable cada año de vigencia de la póliza.

Si corresponde el pago del deducible anual, cada asegurado será responsable por el pago de cualquier beneficio cubierto directamente al proveedor hasta alcanzar el total del deducible anual correspondiente.

Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular no se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible anual.

El costo de cualquier beneficio cubierto que el asegurado reciba y que esté sujeto al deducible anual

(excluyendo los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la Tabla de Beneficios), se considerará para el cálculo de los límites máximos cubiertos especificados en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular.

Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año póliza, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible

del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza.

ARTÍCULO 6°: COPAGO

El asegurado deberá soportar el pago del monto no cubierto por el Asegurador por cada prestación en los porcentajes o montos fijos que se detallan en el Condicionado Particular de la póliza, pagándolo directamente al proveedor del servicio.

Si se hiciera necesario por cualquier razón que el Asegurador pague a un proveedor de servicios médicos una cantidad sujeta al deducible anual y/o al copago del asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir el monto del pago correspondiente al asegurado. El asegurado titular y/o contratante autoriza al Asegurador a obtener dicho pago por medio del acuerdo de pago con débito directo o con tarjeta de crédito que haya sido proporcionado en la solicitud de incorporación o en el mandato de pago que haya sido actualizado posteriormente.

Ya que esta póliza está sujeta a un deducible anual y/o a copago para ciertos beneficios, el asegurado titular y/o contratante deberá asegurarse de que el Asegurador tenga una autorización actualizada para pago con débito directo o con tarjeta de crédito que le permita al Asegurador recuperar el pago por cualquier deducible

o copago que el Asegurador haya cubierto en nombre del asegurado. El asegurado titular y/o contratante deberá actualizar la información para pago con débito directo o con tarjeta de crédito cuando sea necesario o cuando así lo solicite el Asegurador. De lo contrario, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar ningún siniestro hasta haber obtenido el pago correspondiente a cualquier deducible o copago pendiente.

El asegurado deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en el Condicionado Particular. La pre-autorización tendrá una validez de 31 (treinta y un) días a partir de la fecha de emisión. Si el tratamiento se inicia pasado este plazo, el asegurado deberá solicitar una nueva pre-autorización.

Antes de que el Asegurador pre-autorice cualquier beneficio cubierto o pague cualquier siniestro, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar información adicional, tal como registros médicos, así como también solicitar que el asegurado sea examinado por un médico independiente designado por el Asegurador (estando el costo cubierto por el Asegurador), quien proporcionará un reporte médico al asegurador.

Si el asegurado no proporciona al asegurador la información solicitada en un período de tiempo razonable, esto puede resultar en un retraso de la pre-autorización y afectar el pago del siniestro. Si el asegurado no proporciona dicha información al asegurador, esto puede resultar en la denegación del pago del siniestro.

ARTÍCULO 7º: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme dispone el artículo 524 del Código de Comercio, el asegurado titular y/o contratante estará obligado a:

a) Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;

b) Informar, a requerimiento del Asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;

c) Pagar la prima en la forma y época pactadas;

d) Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro; no agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que agraven sustancialmente el riesgo. En caso de siniestro, tomar todas las providencias necesarias para salvar la cosa asegurada o para conservar sus restos;

e) Notificar al Asegurador la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro;

f) Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias; y

g) Las demás obligaciones contempladas en la póliza.

ARTICULO 8º: DECLARACIONES DEL ASEGURADO

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga el Asegurador para

estos fines.

En esta cláusula, cuando se hace referencia al asegurado titular y/o contratante, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier dependiente, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho dependiente.

El asegurado titular y/o contratante y cualquiera de sus dependientes deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado al Asegurador sean precisos y estén completos al momento de presentar la solicitud de seguro y para cualquier renovación, extensión o modificación a esta póliza. El asegurado titular y/o contratante deberá notificar al Asegurador sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud de incorporación inicial y cualquier otro documento que se haya presentado al asegurador antes de que se otorgue la cobertura de la póliza.

El asegurado titular y/o contratante (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los dependientes que le sea proporcionada al Asegurador.

Si el titular y/o contratante o cualquiera de sus dependientes:

a) deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta al Asegurador, y/o

b) no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa al Asegurador (por ejemplo, si el asegurado responde una pregunta incorrectamente por descuido) en circunstancias en las cuales el Asegurador habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta póliza para el asegurado si el Asegurador hubiese contado con la información correcta.

Si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el Asegurador, el Asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el asegurado titular y/o contratante no revisten alguna de dichas características, el Asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del Asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo con el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.

ARTICULO 9: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De conformidad al artículo 526 de Código de Comercio, el asegurado titular y/o contratante en su caso, deberá informar al asegurador los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado y sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, dentro de los 5 (cinco) días siguientes de haberlos conocido, siempre que por su naturaleza, no hubieren podido ser conocidos de otra forma por el Asegurador.

Se presume que el asegurado conoce las agravaciones de riesgo que provienen de hechos ocurridos con su directa participación.

ARTICULO 10º: PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LAS PRIMAS

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al asegurado titular y/o

contratante, según se especifique en el Condicionado Particular de la póliza.

El asegurado titular y/o contratante deberá pagar las primas directamente al Asegurador en pesos chilenos o en dólares americanos. Si el asegurado titular y/o contratante paga sus primas a otra persona, como un intermediario o agente de seguros, el Asegurador no se hace responsable de asegurar que dicha persona haga el pago correspondiente al Asegurador.

Según lo establecido en el artículo 528 del Código de Comercio, si el Asegurador no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta póliza que el asegurado titular y/o contratante deba al Asegurador en la fecha de vencimiento, este contrato de póliza expirará después de un plazo de 15 (quince) días contados a partir de la fecha de la notificación de pago que el Asegurador envíe al asegurado titular y/o contratante exigiendo el pago de la prima devengada hasta la fecha de vencimiento y los gastos de formalización del contrato.

Si el Asegurador no recibe el pago en la fecha especificada, esta póliza será cancelada y todos los derechos bajo esta póliza cesarán a partir de la fecha original de vencimiento de la prima (o de la porción del pago correspondiente) o de cualquier otro pago que el asegurado titular y/o contratante deba haber hecho, y la responsabilidad del Asegurador por el pago de los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

El Asegurador no pagará ningún siniestro hasta que todos los pagos pendientes hayan sido efectuados, a menos de que la razón por la cual no se ha efectuado el pago sea un error fuera del control del asegurado titular y/o contratante, tal como un error bancario.

En caso de que el Asegurador efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al asegurado titular y/o contratante por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta póliza, el Asegurador se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de siniestros futuros o de solicitar el reembolso directo al asegurado titular y/o contratante.

ARTÍCULO 11º: OTROS SEGUROS O COBERTURAS VIGENTES

Si el asegurado tiene cobertura bajo otra póliza de seguro que también cubra los mismos beneficios cubiertos bajo esta póliza, el asegurado deberá notificarlo al Asegurador y proporcionar detalles sobre su cobertura con la otra compañía de seguro, incluyendo información sobre pre-autorización y cómo presentar una solicitud de reembolso por siniestro.

El Asegurador solamente cubrirá la porción correspondiente del costo de cualquier beneficio cubierto.

Todas las solicitudes de reembolso o de liquidación de siniestro en Chile deben ser presentadas, en primera instancia, a la Isapre o Fonasa en la que el asegurado esté afiliado. En Chile, el Asegurador pagará beneficios con cargo a la presente póliza sólo cuando los beneficios pagaderos por la Isapre respectiva hayan sido pagados y agotados en su totalidad. Fuera de Chile, el Asegurador funcionará como la compañía aseguradora principal y retiene el derecho de recuperar el pago de cualquier otra compañía aseguradora. Las solicitudes de reembolso y liquidaciones de siniestros procesadas a través de Isapre o Fonasa se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible.

Queda expresamente establecido que los beneficios de esta póliza no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que esta póliza no cubrirá los gastos médicos que deben pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTÍCULO 12º: DENUNCIA DE SINIESTROS

Notificación al Asegurador: El asegurado deberá notificar al Asegurador, o al Administrador de Reclamos del Asegurador, USA Medical Services, por lo menos 72 (setenta y dos) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Para tratamientos de emergencia, el asegurado deberá notificar al Asegurador dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del

asegurado notificar al Asegurador en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. El incumplimiento de esta obligación facultará al Asegurador para rechazar la cobertura o para deducir de cualquier eventual reembolso.

El objetivo del Asegurador es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta póliza cuando sea posible.

De lo contrario, el asegurado deberá pagar al proveedor y posteriormente presentar la solicitud de reembolso al Asegurador, adjuntando copias de todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el asegurado está presentando la solicitud de reembolso. Cuando sea requerido por el Asegurador, el asegurado deberá proporcionar los comprobantes de pago originales.

El Asegurador no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por el Asegurador después de 180 (ciento ochenta) días contados desde de la fecha de prestación de los servicios, a menos de que haya una razón válida por la cual no fue posible para el asegurado presentar la documentación antes.

El Asegurador no está obligado a devolver documentación original; sin embargo, el Asegurador podrá enviar copia de los mismos.

Cuando el asegurado ya ha pagado al proveedor del servicio y presenta una solicitud de reembolso válida, el Asegurador procederá con el reembolso al asegurado titular y/o contratante. El Asegurador podrá pagar a un asegurado dependiente solamente cuando el asegurado dependiente que ha recibido los servicios es mayor de edad y el Asegurador cuenta con los datos de su cuenta bancaria.

El Asegurador solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del asegurado o por medio de un cheque pagadero al asegurado titular y/o contratante.

El Asegurador cubre los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al asegurado un costo administrativo, el Asegurador reembolsará dicha cantidad cuando el asegurado proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del asegurado, a menos de que el asegurado haya pagado debido a un error del Asegurador.

El Asegurador pagará el reembolso del siniestro de servicios locales en pesos chilenos y de servicios internacionales en dólares americanos.

Cuando el Asegurador convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por el Asegurador en su página web.

El Asegurador no proporcionará cobertura o pagará ninguna solicitud de reembolso bajo esta póliza si las obligaciones del Asegurador y sus compañías afiliadas así lo prohíben según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. El Asegurador generalmente informará al asegurado titular y/o contratante cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad del Asegurador.

Queda expresamente establecido que el asegurado deberá prestar los consentimientos y autorizaciones que el Asegurador estime convenientes para efectos de permitir la evaluación y liquidación del siniestro conforme a la normativa aplicable.

En esta cláusula, cuando se hace referencia al asegurado titular y/o contratante, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier dependiente, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho dependiente.

El asegurado titular y/o contratante y cualquiera de sus dependientes deberá:

- 1) evitar hacer cualquier declaración fraudulenta o exagerada, o presentar una solicitud de reembolso falsa bajo esta póliza;
- 2) evitar enviar al Asegurador documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas para procesar una liquidación de siniestro o solicitud de reembolso, y/o
- 3) proporcionar al Asegurador información cuando el asegurado titular y/o contratante o cualquiera de sus dependientes sepa que el no hacerlo facultará al Asegurador a denegar el pago de una liquidación de siniestro o solicitud de reembolso bajo esta póliza.

En caso de no cumplimiento, el Asegurador se reserva el derecho de:

- 1) negar la liquidación de un siniestro o el pago de una solicitud de reembolso en su totalidad o parcialmente, y/o
- 2) recuperar cualquier pago que el Asegurador ya haya efectuado con respecto a determinado siniestro.

Adicionalmente, si el asegurado titular y/o contratante no cumple con lo estipulado en este artículo, el Asegurador se reserva el derecho de notificar al asegurado titular y/o contratante que su póliza ha sido cancelada por incumplimiento de obligaciones, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima.

ARTICULO 13º: VIGENCIA

La póliza tendrá una vigencia de 1 (un) año contado a partir de la fecha indicada en el Condicionado Particular.

Para los efectos de la renovación de la póliza, el Asegurador enviará al asegurado titular y/o contratante las condiciones de coberturas y primas para el nuevo período de vigencia con una anticipación de al menos treinta (30) días a la fecha de término de la vigencia. En caso de no recibir respuesta a la propuesta por parte del contratante o éste no aceptase las condiciones de renovación antes del término de la vigencia de la póliza, ésta se entenderá no renovada, llegando a su término en la fecha prevista en las Condiciones Particulares.

El Asegurador se reserva el derecho de cancelar la póliza en el caso de no recibir el pago correspondiente en un plazo de 15 (quince) días contados a partir de la fecha de la notificación de pago que el Asegurador haya enviado al asegurado titular y/o contratante.

El Asegurador se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar una póliza en base al bloque; según se define en esta misma póliza. El Asegurador ofrecerá cobertura lo más equivalente posible al asegurado, en cuyo caso enviará al asegurado titular y/o contratante una notificación al respecto con no menos de 30 (treinta) días de anticipación a la fecha de vencimiento del año póliza.

En caso de que el Asegurador decida renovar esta póliza, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en su Condicionado Particular. Sin embargo, si el asegurado titular y/o contratante decide cambiar de seguro, el Asegurador se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.

ARTÍCULO 14º: TERMINACIÓN

La cobertura terminará anticipadamente para un asegurado en particular desde la fecha en que el asegurado titular y/o contratante no pague la prima respectiva.

Asimismo, se pondrá término a la póliza en caso que el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso, el asegurado titular y/o contratante tendrá derecho a la devolución de la prima pagada no ganada por el Asegurador correspondiente al tiempo no transcurrido.

Las partes convienen que el Asegurador podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro, con expresión de las causas que lo justifiquen, salvo las excepciones legales.

En todo caso, la terminación del contrato se producirá a la expiración del plazo de 30 (treinta) días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.

La prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro, la prima se entenderá devengada totalmente.

El asegurado titular y/o contratante, haciendo uso de su derecho a retracto, podrá cancelar esta póliza por cualquier razón enviando una notificación al asegurador dentro de los 30 (treinta) días de inicio de vigencia o de la fecha de renovación de su póliza, siempre y cuando no haya presentado una solicitud de reembolso válida o recibido ningún beneficio bajo esta póliza durante el año póliza en curso. Si el asegurado titular y/o contratante cancela la póliza durante este período de 30 (treinta) días, el Asegurador reembolsará al asegurado titular y/o contratante la cantidad completa de la prima pagada para ese año póliza.

Si el asegurado titular y/o contratante ha agregado a un dependiente a su póliza, también podrá cancelar esa adición notificando al asegurador dentro de los 30 (treinta) días después de haber recibido su Condicionado Particular que incluye al nuevo dependiente. Siempre y cuando no se haya presentado una solicitud de reembolso válida para dicho dependiente o dicho dependiente no haya recibido ningún beneficio bajo esta póliza, el Asegurador reembolsará al asegurado titular y/o contratante la cantidad completa de la prima pagada para ese año póliza menos el costo administrativo o de emisión de póliza.

Si el asegurado titular o cualquiera de sus dependientes fallecen, se le deberá notificar al asegurador dentro de un plazo de 30 (treinta) días siguientes a la fecha del fallecimiento y éste reembolsará la cantidad de la prima no devengada por el asegurado fallecido si no se ha presentado ninguna solicitud de reembolso válida y no se han recibido beneficios bajo esta póliza.

Al fallecer el asegurado titular debido a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza, los dependientes del asegurado titular tendrán derecho al beneficio de la cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado titular; como se indica en la Tabla de Beneficios del Condicionado Particular. Después de transcurrido el período de cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado titular, cualquier adulto dependiente podrá solicitar convertirse en asegurado titular por su propio derecho, e incluir a sus propios dependientes. Si ningún adulto dependiente ha solicitado convertirse en asegurado titular después de transcurrido el período de cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del asegurado titular, esta póliza será cancelada.

Si un dependiente fallece, su cobertura bajo esta póliza terminará, y si no se ha presentado una solicitud de reembolso válida para dicho dependiente o dicho dependiente no haya recibido ningún beneficio bajo esta póliza, el Asegurador reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho dependiente que se haya pagado para del período siguiente a la terminación de la cobertura.

Por último, será causal de terminación inmediata esta póliza si el asegurado contratara cualquier cobertura de salud en los Estados Unidos de Norteamérica, o bien, si éste se ha convertido en un residente de dicho país.

ARTÍCULO 15º: MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

El Asegurador y el asegurado titular y/o contratante son los únicos autorizados para modificar esta póliza.

El Asegurador se reserva el derecho de evaluar el historial médico de cualquier dependiente adicional que el asegurado titular y/o contratante solicite agregar a la póliza. El Asegurador podrá decidir no agregar a dicha persona como dependiente en la póliza, o podrá decidir agregarlo con restricciones o exclusiones especiales. El Asegurador podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del dependiente. El asegurado titular y/o contratante deberá pagar una prima adicional. Los niños podrán ser agregados sin tener que proporcionar historial médico o sin pagar prima (y de acuerdo con cualquier requerimiento relevante), cuando esto así sea estipulado en el Condicionado Particular.

Al ser una póliza con vigencia anual, el asegurado titular y/o contratante únicamente podrá cambiar su póliza al momento de la renovación.

Cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

(a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios de su seguro Salud Global.

(b) El periodo de prestación progresiva para embarazo, parto y complicaciones del embarazo y parto siempre reinicia a partir de la fecha del cambio. Los embarazos que hayan iniciado bajo el producto o plan anterior y estén transcurriendo durante el cambio no estarán cubiertos bajo el nuevo producto o plan.

(c) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

(d) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto o plan anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto o plan es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto o plan.

(e) No obstante lo anterior, la Aseguradora podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Titular y/o contratante solicite cambio de plan, beneficios, deducibles o suma asegurada.

El Asegurador podrá hacer modificaciones a la póliza cuando se trate de cambios legales o regulatorios, o si dichos cambios son aplicables a todos los asegurados respecto al mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben. Cuando este sea el caso, el Asegurador notificará por escrito al asegurado titular y/o contratante sobre los cambios, los cuales serán efectivos a partir del momento de la renovación.

El Asegurador podrá dar por terminada esta póliza inmediatamente, procediendo a la devolución de la respectiva prima pagada y no consumida, si considera que el continuar proporcionando cobertura pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.

ARTÍCULO 16º: PAÍS DE RESIDENCIA

El asegurado titular y/o contratante deberá informar al asegurador inmediatamente si se muda a otro país o si cambia su país de residencia especificado o su nacionalidad especificada. Esta póliza terminará si la ley del país donde se mude el asegurado titular y/o contratante, o su país de residencia o de nacionalidad, o cualquier otra ley aplicable al asegurador o a esta póliza prohíba al mismo la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.

El asegurado titular y/o contratante deberá informar al asegurador inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que éste seguirá utilizando sus últimos datos de contacto proporcionados hasta que el asegurado titular y/o contratante notifique lo contrario.

ARTÍCULO 17º: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración notificación que deba efectuar el Asegurador al asegurado titular y/o contratante con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico informada a la Aseguradora, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en el Condicionado Particular de la póliza o en la solicitud de incorporación respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO 18º: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Esta póliza está sujeta a las leyes de la República de Chile. Conforme dispone el artículo 543 del Código de Comercio, cualquier dificultad que se suscite entre los asegurados y el Asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho. En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro.

En las disputas entre el asegurado y el Asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Será tribunal competente para conocer de las causas a que diere lugar el contrato de seguro el del domicilio del beneficiario.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado titular y/o contratante, según corresponda, podrán, por sí solos y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con el Asegurador cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931, o en la disposición equivalente que se encuentre vigente a la fecha en que se presente la solicitud de arbitraje.

ARTÍCULO 19º: CLÁUSULAS ADICIONALES

Las cláusulas adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la cobertura establecida en ella, se regirán en todo lo no previsto en el texto de éstas por lo dispuesto en este Condicionado General.

ARTÍCULO 20º: DOMICILIO

Para todos los efectos legales derivados del presente contrato, las partes fijan como domicilio especial la ciudad señalada en el Condicionado Particular de la póliza.

INFORME TÉCNICO – POL INDIVIDUAL PRESTACIONES MÉDICAS DE ALTO COSTO

1. Materia Asegurada

Reembolso de gastos médicos especificados en las Condiciones Particulares

2. Riesgos cubiertos

El POL comprende:

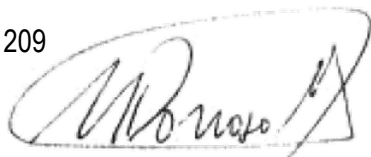
- A) **COBERTURA:** El Asegurador reembolsará los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado, respecto de aquellas prestaciones que se enumeran en la Tabla de Beneficios que forma parte del Condicionado Particular de la póliza, conforme a los beneficios con prestaciones progresivas, porcentajes y topes que allí se indicarán.
- Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas efectivamente contratadas de aquellas descritas en esta póliza, y de acuerdo a los términos, proporciones, límites y condiciones que deberán quedar expresamente señaladas en el Condicionado Particular de la póliza.
- Se otorgará cobertura a los gastos médicos incurridos por el asegurado tanto dentro como fuera de Chile, en los términos señalados en el Condicionado Particular.
- La cobertura de reembolso o pago directo de gastos cubierto por esta póliza se efectuará exclusivamente respecto a aquellos gastos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado sólo en aquellos centros, instituciones o prestadores de salud que se señalan en el Condicionado Particular.
- B) **DEDUCIBLE:** El deducible individual es la cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por cada asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima a pagar por póliza por concepto de deducible, y es equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

3. Metodología de cálculo de Reservas Técnicas

De acuerdo a pautas establecidas NCG N°306 y NCG N° 320 y sus modificatorias.

4. Ramos FECU

209



**Gerente de Finanzas y
Actuariado**



Gerente General