

**PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS  
CONDICIONES GENERALES**

- I. DEFINICIONES.-** Para los efectos de esta Póliza, las expresiones siguientes, tendrán el significado y el alcance que a continuación se les asigna:
1. **Accidente:** Es todo acontecimiento originado independientemente de la voluntad del Asegurado y por la acción directa y violenta, de causa externa, fortuita y súbita, produciendo en éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.
  2. **Asegurado titular:** Es el principal Asegurado de la Póliza, identificado como tal en el cuadro de la Póliza. Es la única persona que puede autorizar cualquier cambio en los familiares dependientes y presentar los reclamos cubiertos por esta Póliza.
  3. **Aseguradora:** Nombre con el cual se le denomina a “Fedecredito Vida, S.A., Seguros de Personas” en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes salvadoreñas aplicables a la materia y que asume el riesgo amparado por la Póliza.
  4. **Asegurados:** Es el Asegurado principal y/o dependientes del asegurado.
  5. **Beneficios:** Toda cobertura con su respectiva suma indemnizable por la Aseguradora, de conformidad a lo estipulado en la Póliza.
  6. **Carátula de la Póliza:** Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:
    - a) Nombres y firmas de los representantes de la Aseguradora.
    - b) Nombre y domicilio del Asegurado.
    - c) La designación de las personas aseguradas.
    - d) Fecha de inicio y fin de la vigencia.
    - e) Lista de endosos incluidos.
    - f) Cobertura contratada.
    - g) Prima del seguro.
    - h) Montos de suma asegurada o tipo de plan.
  7. **Cirugía ambulatoria:** Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere hospitalización, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

8. Coaseguro: Es el porcentaje de participación del Asegurado y/o cada uno de sus dependientes elegibles, que se aplica al total de gastos médicos hospitalarios incurridos y que están cubiertos por esta Póliza, en exceso del deducible para cada reclamación presentada.

El coaseguro será aplicado bajo la modalidad y en el porcentaje indicado en las Condiciones Especiales de la presente Póliza, después de haber descontado el deducible correspondiente.

9. Cobertura: Es el compromiso aceptado por la Aseguradora en virtud del cual se hace cargo y que aparece detallado en las Condiciones Especiales de la Póliza, hasta el límite del máximo reembolsable que se estipula en dichas condiciones y durante la vigencia del seguro, el cual puede ser renovable por mutuo acuerdo entre la Aseguradora y el Asegurado.
10. Condición preexistente: Es toda enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, congénito o no, que el Asegurado y/o su(s) dependiente(s) elegibles bajo el presente seguro o en otro, hayan contraído o manifestado antes de la vigencia de la póliza de seguro, conforme lo siguiente:
- a) Fueron diagnosticadas por un médico.
  - b) Fueron aparentes a la vista.
  - c) Fueron de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas y/o
  - d) Aquellas por las que se hayan erogado gastos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para cada Asegurado o dependiente.

Con el fin de determinar cuándo una enfermedad, lesión o condición es aparente a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, se tomarán en cuenta los siguientes criterios y definiciones:

- a) Que un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo a la celebración del contrato de seguro o
  - b) Que por la historia clínica del padecimiento, un médico especializado así lo determine.
11. Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
12. Contratante: Es aquella persona natural, mayor de 18 años, o jurídica que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

13. Contrato de seguro: Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Asegurado y la Aseguradora, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por la solicitud de seguro, la carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
  - b) La Póliza.
  - c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
  - d) Las Condiciones Generales.
  - e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
14. Co-pago: Es un importe fijo de dinero que el Asegurado deberá cancelar directamente al hospital que provee el servicio, al momento de recibir la atención médica por hospitalización o tratamiento de emergencia.
15. Cuarto semiprivado: Habitación de hospital equipada para alojar a más de un paciente.
16. Cuarto y alimentación: El valor convenido por cada día de hospitalización incluyendo el derecho de habitación y alimentación del Asegurado o del familiar dependiente hospitalizado; tiene como máximo de cobertura el número de días convenido para cada período de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado o su familiar dependiente se vea obligado a ingresar en un hospital por prescripción médica.
17. Deducible: Es la cantidad que deberá ser absorbida individualmente por el Asegurado y/o cada uno de sus dependientes elegibles, antes de que algún beneficio sea indemnizado por esta Póliza.
- El deducible será aplicado bajo la modalidad y en la cantidad indicada en las Condiciones Especiales de la presente Póliza.
18. Desorden de personalidad: Definición general, para el conjunto de desórdenes en el comportamiento, que se caracterizan usualmente por patrones de mala adaptación fuertemente arraigados persistiendo para toda la vida, con alteración de la conducta, estilo de vida y ajuste social, los cuales son diferentes de los síntomas que se presentan en la psicosis y la neurosis.
19. Doctor o médico: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge del Asegurado.
20. Edad: La edad en el último cumpleaños.

21. Emergencia médica: Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria pudiera resultar en poner en serio peligro la salud del Asegurado; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.
22. Emergencias: Para efectos de este seguro se consideraran emergencias únicamente los siguientes casos:
  - a) Accidentes.
  - b) Convulsiones.
  - c) Pérdida del conocimiento.
  - d) Hemorragias.
  - e) Deshidratación severa.
  - f) Intoxicación severa.
  - g) Reacciones alérgicas severas.
  - h) Crisis súbitas de los sistemas circulatorios, respiratorios, gastrointestinal, renales o de vías urinarias.
23. Endosos: Documento generado por la Aseguradora, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las Condiciones Generales, modifica alguno de los elementos contractuales y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.  
Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.
24. Enfermedad congénita: Es la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y dé origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.
25. Enfermedad o trastorno mental: Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancias químicas, incluyendo el alcohol.
26. Enfermedad: Es toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

27. Familiar dependiente: Se refiere al cónyuge legítimo o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado titular, esté registrado como tal en la Aseguradora y que conviva con el Asegurado titular en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de 65 años de edad en el momento de entrar en la Póliza; la inclusión de miembros que estén comprendidos entre los 65 y 70 años de edad estará sujeta a análisis previo por la Aseguradora, la cual podrá declinar la inclusión en virtud del riesgo.

También se consideran como familiares dependientes los hijos solteros, hijastros o hijos adoptivos mientras estén entre los diez (10) días de nacido y los dieciocho (18) años de edad o hasta los 25 años de edad que vivan en el hogar del Asegurado, que dependan económicamente de él, que sean estudiantes a tiempo completo y que estén registrados como dependientes en los archivos del Asegurado. La Aseguradora podrá exigir las pruebas necesarias para demostrar dicha condición.

No serán considerados como familiares dependientes:

- a) Aquellos hijos, hijastros e hijos adoptivos que se conviertan en padres o hijas, hijastras e hijas adoptivas en madre, aunque no se encuentren legalmente casados(as), o acompañados(as) aun cuando continúen viviendo en el hogar del Asegurado.
- b) Hijos que ya se encuentren con empleo remunerado de carácter permanente, por medio de un contrato laboral de tiempo definido o indefinido.
- c) Los padres del Asegurado.
- d) Los dependientes que no residan permanentemente en El Salvador.

28. Fecha de inicio de cobertura: Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este contrato de seguro.

29. Fecha de inicio de vigencia: Es la fecha a partir de la cual el contrato de seguro entra en vigor.

30. Fecha de término de vigencia: Fecha en la cual concluye la protección de este contrato de seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula de la Póliza.

31. Gastos elegibles: Son los gastos aceptados por la Aseguradora y que han sido establecidos por la ciencia médica como necesarios para la atención de una enfermedad o accidente cubiertos por el seguro.

32. Gastos justos, razonables y acostumbrados: Se entenderán como tales los costos de los servicios médicos y hospitalarios, ya sean por enfermedad o accidente, que se consideren razonables y hasta el límite acostumbrado, que no excedan el nivel general de los cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que son suministrados y/o cuando se comparen con tratamientos, servicios y abastecimientos a individuos del mismo sexo, edad e ingresos y en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios médicos hospitalarios y a las

circunstancias de tiempo y costo de utilización. Dichos costos serán sometidos a consideración y/o evaluación de la Dirección Médica de la Aseguradora, bajo los criterios anteriormente detallados y se excluirá todo gasto en exceso o no cubierto, el cual deberá ser absorbido por el Asegurado.

33. Hospital: Es una institución legalmente autorizada y organizada de acuerdo con la ley, la cual se ocupa de prestar servicios médicos de diagnóstico y quirúrgicos, para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas o lesionadas que se encuentren hospitalizadas y que provee dichas facilidades bajo la supervisión de un cuerpo de médicos, las 24 horas del día y atendido por enfermeras graduadas. En ningún caso dicho término incluirá una institución que se considere una casa de reposo o convalecencia, una enfermería, un asilo de ancianos o que se dedique al cuidado y tratamiento de adictos a las drogas y/o al alcohol.
34. Límite de coaseguro: Cantidad máxima de coaseguro que aplicará por cada accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria.
35. Máximo reembolsable: Es el límite máximo que podrá ser reembolsado al Asegurado por enfermedades o accidentes sufridos por él o sus dependientes durante la vigencia de la Póliza.
36. Máximo vitalicio: Es la cantidad del beneficio máximo a pagarse durante la vida Asegurado y a cada uno de sus familiares dependientes inscritos en la Póliza, con motivo de una o más incapacidades por enfermedad o accidente que sufra, según máximo indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza. Cuando por las cantidades pagadas, se ha agotado la suma asegurada del titular y de cualquier dependiente asegurado, el seguro de dicha persona bajo este beneficio terminará.
37. Médico perito: Médico especialista o cirujano, certificado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica o por la autoridad correspondiente.
38. Operación programada: En el caso que un Asegurado o dependiente necesite someterse a una operación quirúrgica, la cual se decida realizar en forma planificada y que no se considera una intervención de emergencia, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora y si el caso lo amerita, deberá presentar una segunda opinión médica del médico o los médicos que la Aseguradora indique, con el propósito principal de que el Asegurado tenga la seguridad de que la operación indicada por el médico tratante, es realmente necesaria. Por otra parte, el Asegurado deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la Aseguradora, el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los costos de cirujano, asistente en caso de ser estrictamente necesario, anestesista, hospitalización entre otros, para conocer si los mismos están dentro de lo justo, razonable y acostumbrado para la intervención indicada y si la misma estará cubierta conforme a las condiciones y términos de la presente Póliza. Asimismo, el

Asegurado deberá adjuntar el informe del médico tratante y en caso de que la Aseguradora lo requiera, el de sus asistentes.

La condición precedente es válida para los casos en los que la cobertura del seguro comprenda el área centroamericana, excluyendo Belice y Panamá.

El costo de la segunda opinión médica, en caso de ser requerida, correrá en su totalidad por cuenta de la Aseguradora.

39. Operación quirúrgica significará:
- a) Una operación con incisión.
  - b) La sutura de una herida.
  - c) El tratamiento de una fractura.
  - d) La reducción de una luxación.
  - e) Radioterapia, excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor, enfermedad terminal fuera del alcance quirúrgico.
  - f) Electrocauterización.
  - g) El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas trombosadas, varices en las que hay afectación de las safenas, de sus válvulas de drenaje o perforantes, que provocan la dilatación de grandes troncos y que están situados en la superficie de la fascia muscular.
40. Período de elegibilidad: El Asegurado será elegible cuando haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Aseguradora. Cumplidos dichos requisitos, la Aseguradora procederá a notificar por escrito al Contratante sobre la cobertura, indicando las limitantes de cobertura si las hubiese.
41. Período de espera: Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado para cubrir un padecimiento, de acuerdo a las especificaciones del contrato de seguro.
42. Período de hospitalización: Es el tiempo de la hospitalización del Asegurado o de su familiar dependiente, contado a partir del primer día de ingreso al hospital hasta la fecha del alta o salida, independientemente de la hora en la que se haya dado el ingreso.
43. Período de incapacidad o evento: Es el período de tratamiento de los casos que requieran o no hospitalización, por una enfermedad o lesión corporal por accidente. Se considerará como un solo evento o incapacidad el período de tratamiento, con duración de hasta noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que ocurrió el evento que dio origen a los gastos por la primera consulta u hospitalización.

Todas las enfermedades o lesiones corporales que ocurran simultáneamente, serán consideradas como una sola incapacidad o evento, incluyendo las complicaciones que resulten de ella, siempre y cuando las complicaciones y los tratamientos se den dentro de los noventa (90) días, contados a partir de la fecha que dio origen a tal incapacidad o evento.

Las secuelas o continuación de tratamiento por enfermedad o accidente serán consideradas como una sola incapacidad o evento, siempre y cuando estén comprendidas dentro de los noventa (90) días, contados a partir de la fecha que dio origen a dicha enfermedad o accidente; transcurrido este período, las secuelas o continuación de tratamiento se considerará como un nuevo evento.

Para el caso de ingreso hospitalario, cuando éste sea por un período de 90 días ininterrumpidos, se considerará como una sola incapacidad; transcurrido este período, se considerará como un nuevo evento.

44. Período de inscripción: Es el plazo fijado de común acuerdo por la Aseguradora y el Contratante, para el registro de nuevos asegurados a la Póliza. Dicho registro se hará mediante solicitud escrita del Contratante a la Aseguradora.
45. Póliza: Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicas.
46. Porcentaje de reembolso: Es la cantidad que la Aseguradora reembolsará al Asegurado y a cada dependiente elegible, después de haberse aplicado el deducible y coaseguro.
47. Psiconeurosis: Desorden mental o de comportamiento, de mediana a moderada severidad; anteriormente clasificado como una forma de neurosis, incluyendo histeria y neurastenia.
48. Psicosis: Desorden mental que causa una fuerte distorsión o desorganización de la capacidad mental del individuo o persona, el cual afecta la capacidad de reconocer la realidad, comunicarse y relacionarse con los demás, hasta el punto que interfiere con la capacidad de lidiar con las demandas comunes del diario vivir.
49. Recién nacido: Para efectos de ésta Póliza se considerará recién nacido al bebé desde su nacimiento hasta que cumple treinta días de vida, contados a partir del nacimiento.
50. Red de proveedores: Agrupación de todos los proveedores de servicios médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido, quienes han sido contratados, de manera directa o indirecta, por la Aseguradora y que conforman su listado de afiliados con esta condición.
51. Signo: Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad, que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

52. Síntoma: Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
53. Solicitud de seguro: Formulario que deberá completar para solicitar cobertura bajo la Póliza.
54. Vigencia: Se refiere al período comprendido entre la fecha de inicio y finalización de la cobertura del seguro, ambas fechas inclusive, la cual se menciona en la carátula y en las Condiciones Especiales de la Póliza.
55. Visita médica: Es la visita que haga el médico tratante al paciente asegurado en el hospital, a razón de una (1) visita por día para tratamiento no quirúrgico y dos (2) visitas por día para tratamiento quirúrgico. En algunos casos se evaluará si son necesarias más visitas del médico tratante al paciente.

**II. CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.-** El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del Asegurado, o del Contratante en su caso, a la Aseguradora, la cual es la base de este contrato, por la presente Póliza, las Condiciones Generales, Especiales y otros documentos que sean anexos del mismo.

El contrato de seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Aseguradora, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o la entrega de la Póliza, o de un documento equivalente.

Todas las declaraciones hechas por el Contratante y por los Asegurados cubiertos bajo la Póliza deberán ser hechas de buena fe, estando obligados a declarar por escrito todos los hechos tal como los conozcan o deban conocer en el momento de formular la respectiva solicitud.

Ningún intermediario de seguros tiene autoridad para modificar los términos y condiciones del contrato de seguro o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones, aceptar primas atrasadas, extender la fecha de vencimiento de cualquier prima, renunciar a cualquier requisito de notificación o prueba de reclamo requerido por la Póliza, extender el período dentro del cual tales notificaciones o pruebas tienen que ser sometidas, o renunciar a cualquier derecho o requisito de la Aseguradora, o en cualquier otra forma, alterar los derechos y obligaciones de las partes de este contrato.

**III. COBERTURA.-** La presente Póliza cubre los gastos médicos hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado reciba con motivo de alguna enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

1. Servicios de hospital, comprende el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o el dependiente asegurado hospitalizado y de acuerdo al valor reflejado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
  - a) Permanencia en hospital, los beneficios cubiertos están limitados a:

- i. Cargos por cuarto y alimentación con base en la tarifa de habitación semiprivada en el extranjero. Para hospitalizaciones en el país de residencia la base de reembolso es el costo de habitación privada sujeto a los precios razonables y acostumbrados para este servicio.
  - ii. Si un hospital en el extranjero no posee habitaciones semiprivadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el setenta por ciento de la tarifa más baja que tenga el hospital por una habitación privada.
  - iii. Unidad de cuidados intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta lo usual y acostumbrado.
  - iv. Otros servicios de hospital y suministros, excepto artículos personales o de comodidad, incluyendo, pero no limitados a: cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional, mientras el Asegurado se encuentra internado, quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos X, electrocardiogramas, electroencefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.
  - v. Cuando un Asegurado o cualesquiera de sus familiares dependientes elegibles, esté hospitalizado y su cobertura haya vencido estando recluido en el hospital, se cubrirán los gastos elegibles erogados hasta la fecha de vencimiento de la Póliza.
2. Honorarios de médicos y cirujanos, que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado, autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al Asegurado o al familiar dependiente, mientras éste se encuentre en un hospital, clínica o por visita a domicilio.  
Para tratamiento no quirúrgico, se procederá con el reembolso de los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.  
En todo caso quedará a criterio de la Aseguradora la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del tratamiento.  
Los gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por ésta Póliza estarán sujetos a reembolso hasta por el monto considerado por la Aseguradora como justos, razonables y acostumbrados y sin exceder de los límites establecidos en la Póliza, según se indica:
  - a) Cuando se efectúe una sola intervención, se reembolsará según el costo que corresponda a la cirugía realizada.
  - b) Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más cirugías en la misma incisión, la Aseguradora pagará únicamente el importe de la cirugía mayor; si el cirujano efectúa otra intervención diferente de la principal, en una región distinta del cuerpo del Asegurado y en la misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención quirúrgica se pagarán al 50% de los costos justos, razonables y acostumbrados y cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.
  - c) En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen por enfermedad o accidente amparado por ésta Póliza, den lugar a procedimientos completos, para la aplicación

de los incisos a) y b) anteriores, la Aseguradora evaluará el pago máximo por dicho procedimiento independientemente de que se efectúen una o más intervenciones; considerando siempre lo justo, razonable y acostumbrado.

- d) Si hubiese necesidad de una nueva intervención y la misma se practicase dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
- e) Por honorarios del anestesista en cada intervención quirúrgica, la Aseguradora pagará en los casos a), b), c) y d) anteriores, según los aranceles justos, razonables y acostumbrados, hasta por el máximo establecido en la Póliza.
- f) Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación, emergencias, pequeñas cirugías y recuperación. En el caso de uso de salas de emergencias, se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 24 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad y que el(la) mismo(a) no puede(a) ser tratado(a) como consulta externa.

No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.

- 3. Los beneficios por cirugía reconstructiva solo serán pagaderos si dicha cirugía es:
  - a) Médicamente necesaria, se refiere a un transplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de transplante o asistencial, que:
    - i. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada.
    - ii. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
    - iii. Ha sido prescrito por un médico.
    - iv. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
  - b) Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

En el caso de necesidad médica y previa autorización de la Aseguradora, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios estarán limitados a gastos, cargos, honorarios razonables y acostumbrados.

4. Anestesiólogo, los beneficios cubiertos están limitados hasta el porcentaje indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza y a los gastos, cargos, honorarios razonables y acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.

En el caso de necesidad médica y previa autorización de la Aseguradora, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a gastos, cargos, honorarios razonables y acostumbrados.

5. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado los adquiera en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas, estarán cubiertos hasta el porcentaje indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza.

En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, se cubrirán únicamente aquellos medicamentos que son proporcionados o suministrados durante la emergencia u hospitalización.

6. Maternidad, los gastos ocasionados por el embarazo de una Asegurada estarán cubiertos como si fuese una enfermedad. Los beneficios serán pagaderos después de 12 meses de cobertura consecutiva bajo esta Póliza, contados a partir del ingreso en la Póliza de la Asegurada. Durante este período de 12 meses los gastos incurridos por la Asegurada por concepto de embarazo no estarán cubiertos bajo la Póliza. Transcurridos los 12 meses a los que esta cláusula hace referencia se cubrirán los gastos de maternidad, aunque el embarazo haya ocurrido en el período que se menciona.

Para todos los efectos de este beneficio se incluirá bajo el término embarazo el alumbramiento, abortos no provocados, únicamente los patológicos, complicaciones del embarazo, cuidados rutinarios del recién nacido, excepto los honorarios del pediatra en los Estados Unidos de América, cuidados del bebé prematuro y, en general cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia del embarazo.

Las hijas dependientes de un Asegurado principal, no estarán cubiertas bajo este beneficio.

Los costos relacionados con el cuidado rutinario del recién nacido por concepto de servicios pediátricos incurridos en los Estados Unidos de América, serán utilizados para satisfacer el deducible del nuevo Asegurado, si el recién nacido es inscrito como familiar dependiente dentro de los diez días de su nacimiento.

El límite para el beneficio de maternidad para esta Póliza, en el país de residencia y en los Estados Unidos de América, se encuentra detallado en el cuadro de beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza.

7. Complicaciones del recién nacido, los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las complicaciones del recién nacido, por parto prematuro, por enfermedades, desórdenes o por defectos de nacimiento, siempre que cumplan con las siguientes condiciones, hasta el porcentaje indicado en el cuadro de beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza:

- a) Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad cubierta por la Póliza.
- b) Que los gastos no excedan el máximo establecido para las complicaciones del recién nacido, el cual se indica en el cuadro de beneficios cubiertos en las Condiciones Especiales de la Póliza.
- c) Que las complicaciones, enfermedades, defectos o desórdenes sean diagnosticados y tratados dentro de los doce (12) meses después del nacimiento, siempre que el seguro de los padres se encuentre en vigor. Transcurrido este período de doce (12) meses no corresponde ningún pago adicional para este beneficio.

Este máximo vitalicio se indica en el cuadro de beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza y es aplicable a todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres en este seguro, sea que éste haya iniciado su cobertura presentando evidencia de asegurabilidad o que haya calificado para inclusión automática desde su día décimo día de nacimiento.

8. Enfermedades congénitas de recién nacido, si el beneficio de maternidad está cubierto, los defectos congénitos del recién nacido estarán cubiertos hasta el monto máximo estipulado en el cuadro de beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza y es aplicable de la siguiente manera:

- a) Para todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres, la cobertura es inmediata a partir de la fecha de vigencia.
- b) Para todos los demás asegurados, después de doce (12) meses de cobertura continua.

9. Transplante de órganos, hasta el máximo detallado en el cuadro de beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza, sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Los gastos deben ser médicamente necesarios.
- b) El procedimiento no puede ser experimental o para investigación.
- c) Se cubren los gastos médicos hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante.
- d) Los gastos de compra del órgano no están cubiertos.

10. Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- a) Corazón
- b) Corazón / pulmón
- c) Hígado
- d) Páncreas
- e) Riñón
- f) Médula ósea

- g) Córnea
- h) Pulmón

11. El beneficio de trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, dicho beneficio está sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, cuando:

- a) Sea provisto como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no esté específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por la Aseguradora.
- b) Sea considerado experimental o electivo.
- c) Sea proporcionado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles.
- d) Sea proporcionado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- e) Sea suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue proporcionado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

12. Los gastos de materiales y servicios no específicamente excluidos quedarán cubiertos si:

- a) Se incurren durante el proceso para la adquisición del órgano, médula ósea o córnea obtenido(a) de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano, médula ósea o córnea que se intente trasplantar a un Asegurado.
- b) Se incurren en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano, médula ósea o córnea con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado.

Además, cubre los gastos que se incurran por:

- i. Investigación de donantes potenciales.
  - ii. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos máximos aplicarán, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.
- c) Se incurren en el cultivo de la médula con relación al trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la comunidad médica internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio máximo para trasplantes está estipulado en el cuadro de especificaciones de las Condiciones Especiales de la Póliza.

13. Tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), por el cual se pagará hasta el porcentaje del máximo reembolsable, indicado en los beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza, después que haya transcurrido un período de veinticuatro (24) meses continuos.
14. Ambulancia terrestre y aérea.
  - a) Ambulancia terrestre: Los beneficios están limitados a gastos razonables y acostumbrados incurridos por los servicios profesionales de una ambulancia terrestre dentro del país donde el evento ocurra. Los gastos elegibles están limitados a un viaje de ida y uno de regreso al hospital más cercano, por Asegurado y por evento.
  - b) Ambulancia aérea: Los gastos elegibles incluyen los gastos razonables y acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al hospital o institución médica más cercana con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al Asegurado. El beneficio es elegible si:
    - i. El médico tratante certifica que el Asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el Asegurado; y
    - ii. La condición del Asegurado va a requerir un período de hospitalización.

Los gastos elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es médicamente necesaria. Se entenderá que una ambulancia aérea es médicamente necesaria cuando:

- a) El viaje en una aeronave comercial, por ejemplo, en camilla acompañado por un médico, no es posible; y
- b) La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
  - i. Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas.
  - ii. Con equipos y suministros médicos especiales; y
  - iii. Personal médico calificado.

El beneficio máximo pagadero y las condiciones de cobertura se indican en el cuadro de especificaciones de las Condiciones Especiales de la Póliza. Este beneficio es pagado por reembolso.

15. Enfermedades mentales y desórdenes nerviosos psiquiátricos, los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desórdenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica. Estarán cubiertos los gastos incurridos por tensión, desorden obsesivo compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso depresivo, trastornos de adaptación (shock post traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos. Los gastos incurridos dentro de hospital, serán cubiertos bajo las mismas condiciones que aplican para cualquier otra enfermedad. Para otros gastos incurridos en un

hospital donde el individuo no pague por cuarto y alimentación, o incurridos fuera del hospital, será aplicable lo siguiente:

- a) El porcentaje de reembolso indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
- b) Por servicios de un psiquiatra profesional, el gasto elegible no podrá exceder del número máximo de visitas ni del valor fijado por consulta, los cuales se encuentran detallados en el cuadro de beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza.

16. Atención suministrada por enfermeras tituladas, que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado, que no vivan en la casa del Asegurado y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de la imposibilidad del Asegurado de valerse por sí mismo, hasta el límite indicado en las Condiciones Especiales y por un período de tres (3) días consecutivos. Pasado este tiempo, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera, deberá presentarse para aprobación de la Aseguradora la prescripción médica correspondiente.

17. Suministro de sangre o plasma; miembros y ojos artificiales; yeso; tablilla; braguero; oxígeno y alquiler de equipo necesario para su aplicación; alquiler de: muletas, silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria siempre y cuando sea proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado y sea debidamente prescrito por el médico tratante, hasta el porcentaje indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza.

18. Tratamientos prescritos por el médico tratante para ser suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento, hasta el máximo indicado en los beneficios cubiertos de las Condiciones Especiales de la Póliza. En ningún caso se pagará cualquier examen que no sea necesario para el diagnóstico de la enfermedad o de lesión corporal por accidente, así como cualquier examen dental por medio de rayos X que no sea hecho como consecuencia de lesión por accidente.

19. Gastos de tratamientos de radio, terapia radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y criocirugía, serán cubiertos hasta el porcentaje indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza.

**IV. VIGENCIA.-** Este contrato de seguro se mantendrá vigente durante el período comprendido entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de término de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las primas establecidas en este contrato. Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12:00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la Póliza y continúa durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12:00 horas del día de vencimiento.

**V. EDAD.-** Para formar parte del grupo asegurado se requiere que en el momento de la inscripción, la edad del solicitante o de su cónyuge debe estar comprendida entre los 18 y 65 años de edad

cumplidos, reduciéndose el máximo vitalicio de forma automática y sin previo aviso un 50% al cumplir los 65 años de edad. Pero una vez incluidos en el grupo familiar, podrán continuar asegurados, terminando automáticamente la cobertura al cumplir los 80 años de edad.

Si por error o dolo se inscribió en el grupo asegurado a individuos mayores de 65 años, la Aseguradora podrá pedir la nulidad de la respectiva inscripción, quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal inscripción.

**VI. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD.-** La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros, o de cualquier modificación; así también queda facultada para solicitar, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza, los informes médicos, o practicar los exámenes que juzgue convenientes. Si el Asegurado, o familiar de éste se prestare a impedir que la Aseguradora ejerza tales derechos, ésta puede declinar la inscripción del miembro que se ha solicitado asegurar.

**VII. CARNÉ DE SEGURO.-** La Aseguradora emitirá un carné de seguro por cada Asegurado, en el cual se harán constar los dependientes inscritos, para identificación del Asegurado al solicitar los servicios de prestación médica.

**VIII. GASTOS EXCLUIDOS DE GASTOS MÉDICOS.-** Salvo convenio expreso y por escrito esta Póliza no ampara los costos de los siguientes servicios:

1. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal, incluyendo aquellos prescritos por el médico tratante y que resultasen normales o negativos.
2. Exámenes de la vista, habilitación de lentes, gafas o lentes de contacto, estrabismo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos y cualquier otro padecimiento refractario de la vista, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregirlos, entre los que se encuentran las queratoplastías y queratotomías radiales; habilitación de audífonos, y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir los padecimientos de la audición.
3. Tratamiento dental, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:
  - a) Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
  - b) Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.

4. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, excepto en los casos siguientes:
  - a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.
  - b) Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
5. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital, excepto en el siguiente caso:

Cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta Póliza y hasta el máximo establecido en las Condiciones Especiales de la Póliza.
6. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a condiciones preexistentes, como se detalla en las definiciones de estas Condiciones Generales, durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura y podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes se hubieran declarado en la solicitud de seguro y hubieran sido aceptadas por la Aseguradora, de lo contrario no tendrán cobertura.
7. Servicios suministrados en un hospital que pertenezca al estado o al Instituto Salvadoreño del Seguro Social o por cualquier otro servicio o atención médica gratuitos.
8. Gastos ocasionados por embarazo, parto, aborto, cesárea, excepto cuando dicho embarazo, parto, aborto, cesárea concluya al fin de doce (12) meses continuos durante los cuales el Asegurado de sexo femenino, bien sea éste titular o cónyuge, haya estado cubierto por esta Póliza.
9. Todos los gastos incurridos por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH Positivo) y sus consecuencias directas o indirectas, que excedan del monto máximo vitalicio indicado en los beneficios cubiertos de gastos médicos, detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.
10. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al Asegurado o dependientes como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial, así como los gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual.

11. Los gastos incurridos por el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, así como sus consecuencias, siempre que tal enfermedad o accidente haya sido ocasionado por alguna lesión causada a sí mismo, estando o no el Asegurado o dependientes en el uso de sus facultades mentales, incluyendo lo siguiente:
  - a) Suicidio o intento de suicidio.
  - b) Uso excesivo o indebido de drogas, narcóticos o alcohol, esta condición estará sujeta a las pruebas toxicológicas pertinentes realizadas por la autoridad competente.
  - c) Cualquier condición o desorden adictivo.
  - d) Abuso en el uso de medicamentos, incluyendo los que sean prescritos por un médico autorizado para ejercer la medicina.
12. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, o procedimientos naturales, incluyendo la medicina natural, homeopática y acupuntura, así como medicamentos no aprobados por las autoridades locales correspondientes y todo tratamiento de carácter experimental o que formen parte de protocolos de investigación.
13. Gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción.
14. Lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra, sea ésta declarada o no, insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no. Los conceptos antes enunciados estarán sujetos a los procedimientos judiciales legalmente establecidos en la Republica de El Salvador.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos por control de peso, sobrepeso u obesidad.
16. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
17. Terapias y medicamentos por retardo de aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención y retardo del crecimiento o retraso psicomotor.
18. Gastos relacionados con menopausia, climaterio, o pubertad precoz.
19. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a cirugía ortognática, cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

20. Cargos por atención que excedan los niveles de “Gastos Razonables y Acostumbrados”, como se define en las presentes Condiciones Generales de la Póliza.
21. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
22. Durante el primer año de vigencia, se excluyen todos los gastos incurridos para el tratamiento de las enfermedades, secuelas o complicaciones, relacionadas con las condiciones médicas que se mencionan a continuación:
  - a) Amígdalas y/o adenoides.
  - b) Hígado y vías biliares.
  - c) Rodillas y hombros, excepto por accidente.
  - d) Enfermedades del aparato reproductor femenino, incluyendo pero no limitándose a hysterectomías y ooforectomias.
  - e) Patologías de la columna vertebral, excepto por accidente.
  - f) Cáncer.
  - g) Hernias inguinales y abdominales.
  - h) Hemorroides.
  - i) Cirugías de padecimientos de senos paranasales y desviación septal.

Esta exclusión aplica para las condiciones arriba mencionadas, ya sea que las mismas sean o no preexistentes. Si la Póliza incluye un endoso de exclusión que aplica para alguna enfermedad o padecimiento específico, prevalece lo indicado en dicho endoso.

23. No se cubren los gastos incurridos para el tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias.
24. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado o dependientes cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. También se excluyen las lesiones que sufra el Asegurado y dependientes a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como paragliding, velideltismo o parapenting.
25. Los gastos médicos originados por complicaciones que resulten o se relacionen con servicios médicos, dentales o mentales.
26. Tratamientos para el acné, sin importar su origen.
27. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios, productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales

de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores, así como también zapatos ortopédicos y/o plantillas aun cuando estos sean recetados por un médico.

28. Tratamientos o medicamentos no aceptados por la ciencia médica, tales como la quiropráctica, acupuntura, naturistas, homeópatas, holística, herbolaria, medicina alternativa, hipnotismo y cualquier tratamiento de autoterapia, medicina biológica, o música terapia, medicina celular; procedimientos nuevos considerados experimentales o de investigación, así como gastos que surjan del tratamiento o materiales cuyas propiedades y/o necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
29. Cualquier tratamiento relacionado con la menopausia o andropausia.
30. Tratamientos por mal funcionamiento o deficiencia del sistema endocrino que no causen detrimento o menoscabo de la salud, tales como deficiencia de la hormona del crecimiento, telarquía precoz y otros padecimientos similares.
31. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
32. Honorarios médicos por visitas a domicilio, excepto en los casos estrictamente necesarios.
33. Tratamientos de síndrome convulsivo, epilepsia y sus complicaciones.
34. Prostatéctomía efectuada después de que el Asegurado haya cumplido 55 años, la histerectomía antes de que la Asegurada cumpla los 50 años, excepto en casos de cáncer o algún padecimiento que lleve al mismo. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

**IX. GASTOS NO CUBIERTOS DE GASTOS MÉDICOS.-** Queda entendido que este contrato en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos, lesiones y tratamientos causados por o derivados de:

1. Cualquier enfermedad, condición o proceso degenerativo o natural.
2. Toda enfermedad o accidente proveniente de la ocupación del Asegurado o dependiente afectado.
3. Condiciones geriátricas o seniles.
4. Insurrección, invasión del territorio, guerra declarada o no, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero y terrorismo, Los conceptos antes enunciados estarán sujetos a los procedimientos judiciales legalmente establecidos en la Republica de El Salvador.
5. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
6. Servicio militar, naval, de seguridad, vigilancia o de policía.

7. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, mientras tomen parte en o práctica en eventos deportivos peligrosos competitivos, profesionales u organizados; tales como: paracaidismo; deportes marítimos o fluviales como buceo, remo, esquí; vuelos en planeadores, vuelos delta o similares; artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco romana, u otras similares; cacería, tiro; tauromaquia, montadura, equitación; jockey; ciclismo en general; motociclismo; triatlón; bungee; alpinismo; espeleología y rapel; montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías; entre otros.
8. Tratamientos médicos como curas de reposo, convalecencia o períodos de cuarentena o aislamiento por adicciones de cualquier tipo.
9. Gastos de sanatorios o clínicas por lesiones debidas a estados de trastornos mentales, tales como: lesiones autoinfligidas o intento de suicidio.
10. Lesiones voluntarias estando el Asegurado en pleno uso de sus facultades mentales.
11. Auto prescripción de medicinas.
12. Medicinas de venta popular no controlada por la autoridad de salud competente.
13. Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o que no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia.
14. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas.
15. Medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados o aprobados por la Dirección Nacional de Medicamentos.
16. Leches, alimentos especiales para prevenir alergias y cualquier otro tipo de padecimientos como problemas de absorción o desnutriciones.
17. Vendajes o materiales para tratamiento ambulatorio, aun cuando sean ordenados por el médico tratante, excepto aquellos colocados por médico autorizado en un centro asistencial.
18. Gastos ocasionados por familiares o acompañantes del Asegurado durante su internación en un hospital, tales como habitación, cama o alimentos extras.
19. Aparatos ortopédicos, mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase.
20. Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer, incluyendo las riñas provocadas por éste; o su participación en delitos, duelos o riñas provocadas por otros.
21. Cualquier lesión o enfermedad que sufra el Asegurado cuando se exponga voluntariamente al riesgo que la provocó sabiendo que podía ocasionar daño, excepto en aquellos casos en los cuales esté en peligro su vida o la de algún miembro de su grupo familiar.
22. Lesiones que sufra el Asegurado o dependientes mientras viajen en aeronaves de cualquier tipo, que no pertenezca a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
23. Tratamiento de alcoholismo crónico o toxicomanía y sus consecuencias, desintoxicación por el uso excesivo o abuso de sustancias prohibidas o de medicamentos de uso controlado.

24. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie; obesidad, bajo peso, bulimia, anorexia; acné en cualquiera de sus manifestaciones, nevos, **telangiectasias, várices cuya afección es prioritariamente estética y varicocele.**
25. Tratamientos podiátricos relacionados con deformidades congénitas, callos, hallux valgus juanete, pie plano, pie varo y similares, arcos débiles, pies débiles; zapatos ortopédicos, plantillas y soportes; cuidados de los pies y manos, de uñas, tratamientos por onicomycosis, onicocriptosis y los daños que sean causados como consecuencia de un manicure o pedicure.
26. Los gastos incurridos por tratamiento de fecundación in vitro y sus complicaciones, así como el tratamiento de la infertilidad, la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; disfunción eréctil o impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.
27. Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas, nacimientos prematuros, provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o fecundación in vitro.
28. Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o fecundación in vitro el embarazo múltiple a consecuencia de este procedimiento, por lo tanto, los nacimientos prematuros a consecuencia de estos tratamientos no estarán cubiertos.
29. No estarán cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.
30. Gastos por tratamientos médicos incurridos después de la fecha de vencimiento de la Póliza, a causa de accidente o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la Póliza.

**X. PERÍODO DE ESPERA:** Durante los primeros sesenta (60) días calendario de vigencia, sólo se cubrirán gastos ocasionados por urgencias médicas, accidentes y/o enfermedades infecciosas, siempre y cuando sean sufridas o contraídas después de la fecha de inicio de la vigencia. La Aseguradora exonerará este periodo de espera, si:

- a) El Asegurado ha tenido cobertura bajo una Póliza de seguro de salud individual o colectiva, por espacio de un período ininterrumpido de por lo menos 12 meses anteriores a la Póliza actual.
- b) La fecha efectiva de la Póliza actual ocurre dentro de los 30 días calendario, posterior a la fecha en que expira la Póliza anterior.
- c) Se le somete a la Aseguradora antes de la aprobación de la Póliza una copia del certificado de cobertura o carátula del seguro de la Póliza anterior, así como prueba del pago de la prima correspondiente de dicha Póliza, que ampara los últimos 12 meses.

Cuando la Aseguradora exonera el período de espera de 60 días calendario, la cobertura de la Póliza comenzará en la fecha efectiva de la misma. La exoneración del período de espera de 60 días calendario no implica la exoneración del período de espera para cobertura de maternidad, cobertura de recién nacido y cobertura de VIH/SIDA, que mantienen sus respectivos períodos de espera.

Cuando se exonera el período de espera de 60 días calendario, los síntomas, signos o enfermedades que se manifiesten en los primeros 60 días calendario posteriores a la fecha efectiva de la cobertura, quedarán cubiertos de por vida por el menor de los beneficios que ofrezca esta Póliza o la Póliza anterior tomada como referencia para exonerar el período de espera. Si no se exonera el período de espera, las condiciones no relacionadas con urgencias médicas que ocurran en los primeros 60 días posteriores a la fecha efectiva nunca estarán cubiertas por esta Póliza. La Aseguradora puede exonerar este período de espera a su discreción.

**XI. CONTRATACIÓN DEL PLAN DENTAL.-** El plan dental podrá ser contratado para el Asegurado titular y sus dependientes, en cualquier momento desde el inicio de la vigencia de la Póliza en adelante, por medio de una solicitud escrita enviada a la Aseguradora. El plan dental será aplicable para todo el núcleo familiar asegurado bajo la misma Póliza y el límite de suma asegurada se detallará en las Condiciones Especiales de la Póliza.

**XII. LIMITACIONES DE GASTOS DENTALES.-**

1. Aquellos servicios otorgados al individuo asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un cargo al individuo asegurado, por el cual él esté legalmente obligado a pagar.
2. Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esta índole.
3. Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
4. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones mencionadas en las coberturas del plan dental, detallado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
5. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios, para aumentar las dimensiones verticales.
6. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
7. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada o por una prótesis duplicada.
8. Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placas.
9. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
10. Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
11. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posteriores a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico pónicas.

12. Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología.
15. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
16. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
17. Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el individuo asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
18. Aquellos cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con ortodoncia.

**XIII. PERÍODO DE ESPERA PARA RECLAMACIONES DE PLAN DENTAL.**- De acuerdo a los términos de esta Póliza, podrán presentarse reclamaciones bajo tratamiento preventivo y tratamiento restaurativo, detallados en el literal S. Beneficios cubiertos del plan dental de las Condiciones Especiales de la Póliza, por gastos incurridos a partir de la fecha de vigencia del beneficio. No obstante, no serán elegibles para reembolso los gastos que sean incurridos bajo servicios mayores dentro de los primeros seis (6) meses de la vigencia del beneficio. Estos gastos sí serán elegibles para reembolso, si son incurridos después de transcurrido este período.

**XIV. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN.**- Aplicable a familiares dependientes. Todos los familiares dependientes asegurados bajo el beneficio de gastos médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta Póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados titulares, si presentan por escrito por medio del Contratante la solicitud, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas y por comisiones o declaraciones inexactas.
- b) Que haya estado asegurado bajo la Póliza como mínimo un año ininterrumpido.
- c) Que su solicitud la presente a la Aseguradora dentro de los 30 días, contados a partir de la terminación de su seguro de gastos médicos.
- d) Que la edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.
- e) Que la suma asegurada para gastos médicos y plan dental no sea superior a la que tenía asignada en el cuadro de beneficios cubiertos detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.
- f) Para los beneficios en los que existan límites definidos como “máximo vitalicio”, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de dependientes.

- XV. PRÓRROGA, MODIFICACIÓN O RESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO.-** Las solicitudes de prórroga, modificación o restablecimiento del contrato deberán hacerse por escrito a la Aseguradora y se considerarán aceptadas por ésta al comunicarlo por escrito al Asegurado o al Contratante en su caso.
- XVI. RENOVACIÓN.-** El contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos, siempre que el contratante pague las primas correspondientes.
- XVII. PRIMA.-** En la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza y en cada aniversario de la misma, se establecerá la prima anual, de acuerdo con las tarifas de la Aseguradora, vigentes a la fecha de emisión o aniversario, tomando en consideración la experiencia siniestral, coberturas otorgadas, edad alcanzada, las sumas aseguradas y los precios de mercado de los bienes y servicios médicos hospitalarios vigentes.
- a) Monto y condiciones de pago: El monto y las condiciones de pago de la prima se establecen en las Condiciones Especiales de la presente Póliza.
  - b) Período de gracia: El Asegurado tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de vencimiento de los plazos convencionales o legales. Mientras no haya transcurrido el plazo de gracia, los efectos del seguro no podrán suspenderse. Vencido este plazo, el Asegurado dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las primas vencidas, pero los efectos del contrato quedarán en suspenso. Al final de este último plazo, caducará el contrato.
  - c) Rehabilitación y caducidad: Vencido el período de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, sin embargo, el Contratante dispondrá de tres (3) meses para rehabilitarlo pagando la totalidad de las primas vencidas y las que estén por vencer y los beneficios del seguro se rehabilitarán a partir de la fecha en que se efectúe el pago respectivo, si pasado este período las primas no fueron pagadas en su totalidad, la Póliza será cancelada automáticamente.
  - d) Prima no devengada:
    - i. Por cancelación anticipada de la Póliza: Cuando el Contratante decide cancelar la Póliza antes de terminar la vigencia, la Aseguradora al aceptar la cancelación procederá a reembolsar al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza. En caso de existir en dicha Póliza asegurados titulares o dependientes por los cuales se hayan efectuado pago de reclamaciones, el Contratante estará obligado a pagar la prima anual completa correspondiente a dichos asegurados independientemente del tiempo que estuvieron asegurados durante la vigencia y en caso de que la prima ya estuviese pagada en su totalidad no aplicará devolución.
    - ii. Por exclusión de dependiente: Por exclusiones de dependientes no existen devoluciones de prima.

iii. Por sustitución de Póliza: Si la cancelación fuese debido a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

**XVIII. NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS.-** Todo reclamo debe ser notificado por escrito a la Aseguradora, dentro de los siguientes treinta días después de su ocurrencia; o tan pronto como sea razonablemente posible. La Aseguradora no negará o reducirá el reclamo, si se demuestra que la notificación escrita no pudo ser dada dentro del tiempo establecido y que en efecto, fue notificada, tan pronto como fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del Asegurado principal, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió el reclamo, la naturaleza y el monto del mismo.

Si el asegurado o el beneficiario no cumple con la obligación de avisar del siniestro en los términos anteriores, el asegurador podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

**XIX. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.-** Al recibir notificación de un reclamo, la Aseguradora proveerá el formulario para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamante puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del período de tiempo indicado en esta Póliza, de la ocurrencia, naturaleza y monto del reclamo.

**XX. LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS.-** Los reclamos deben ser recibidos por la Aseguradora, bajo pena de caducidad, dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. La Aseguradora no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros adquiridos.

**XXI. ANÁLISIS DE SINIESTRO.-** Una vez que la Aseguradora reciba apropiada y aceptable prueba de un siniestro, la Aseguradora:

- a) Pagará los correspondientes beneficios bajo esta Póliza; o,
- b) Notificará al reclamante, por escrito, de los motivos para no pagar los beneficios; o,
- c) Notificará al reclamante, por escrito, qué documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

**XXII. DERECHO DE EXAMEN.-** La Aseguradora, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un médico designado por ella, a un Asegurado que tenga un reclamo pendiente, dónde y cuántas veces sea razonable posible.

**XXIII. NIVEL DE REEMBOLSO.-** Todos los pagos efectuados por la Aseguradora estarán basados en gastos razonables y acostumbrados, hasta los límites indicados en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

No se pagarán beneficios en exceso de gastos razonables y acostumbrados por tratamientos, servicios, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

**XXIV. DEDUCIBLE.-** El deducible se aplica a los gastos elegibles incurridos por los Asegurados, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Especiales de la Póliza. Los siguientes gastos no pueden ser utilizados para satisfacer el deducible:

- a) Cargos en exceso de los gastos razonables y acostumbrados.
- b) Cargos para tratamientos, suministros o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza.
- c) Cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios, por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias.
- d) Cualquier penalidad impuesta por no cumplir con los requisitos para ingresar a un hospital.

**XXV. CÓMO SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS.-** Los beneficios descritos en esta Póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados. Los beneficios cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta los máximos indicados en el literal O Beneficios Cubiertos de Gastos Médicos de las Condiciones Especiales, después de que el deducible sea satisfecho. Los beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o un suministro es comprado, será considerado como la fecha de ocurrencia del mismo.

**XXVI. PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS.-** Para obtener el reembolso del importe de los gastos médicos hospitalarios, a consecuencia de enfermedad o accidente en que incurran las personas que formen parte del grupo asegurado por esta Póliza y que se encuentren cubiertos por la misma, el titular Asegurado deberá:

- a) Presentar a la Aseguradora los recibos, facturas o estados de cuenta respectivos, a más tardar treinta (30) días después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que dé lugar al pago de algún beneficio.
- b) Rendir a la Aseguradora todas las informaciones que ésta requiera en relación con el siniestro, así como concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes. La Aseguradora queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y solicitar informes de los proveedores que hayan prestado sus servicios médico hospitalarios al Asegurado.
- c) La Aseguradora podrá nombrar un médico para comprobar la enfermedad o las lesiones del Asegurado, verificar y ajustar los gastos cuyo reembolso se solicite.

El incumplimiento de las obligaciones antes indicadas dará derecho a la Aseguradora para rechazar el reembolso de gastos, lo que comunicará por escrito al Contratante.

Si son recetas médicas ambulatorias en el extranjero, los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- a) Requieren receta médica para ser obtenidos.

b) Deben ser dispensados por un médico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales y aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América, United States Food and Drug Administration.

**XXVII. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-** La indemnización será exigible 30 (treinta) días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informes necesarios que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Toda indemnización pagada al Asegurado en concepto de accidente o enfermedad reducirá en igual cantidad el límite máximo vitalicio durante toda la vigencia de la póliza, incluyendo sus renovaciones.

**XXVIII. RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA.-** La responsabilidad máxima de la Aseguradora para uno o varios accidentes o enfermedades, durante cada año de vigencia de esta Póliza, no podrá exceder al máximo reembolsable o sub límites que se indican en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

Todo gasto en exceso o no cubierto por la presente Póliza deberá ser absorbido por el Asegurado.

**XXIX. LUGAR DE PAGO.-** Todo pago que el Asegurado o la Aseguradora tenga que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la oficina principal de la Aseguradora o en los lugares que para tal efecto la Aseguradora habilite y comunique al Asegurado.

**XXX. MONEDA Y TASA DE CAMBIO.-** Queda entendido y convenido que todos los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América, ajustándose a las disposiciones de la Ley de Integración Monetaria vigentes a la fecha de pago. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares de los Estados Unidos de América utilizando la tasa de cambio bancario del día y país donde el Asegurado incurrió en los servicios o suministros prestados.

**XXXI. OTROS SEGUROS.-** Si el Asegurado o sus familiares estuviesen amparados en todo o en parte por otros seguros de este u otro ramo, que cubra los mismos riesgos, tomados bien en la misma fecha o antes o después de la fecha de esta Póliza, el Asegurado deberá declararlo inmediatamente a la Aseguradora por escrito, para que ésta lo haga constar en la Póliza o en endoso que forme parte de la misma. En igual forma el Asegurado deberá declarar cualquier modificación que se produzca en tales seguros.

Si al momento de ocurrir un siniestro existiesen otros seguros declarados a la Aseguradora, la responsabilidad de ésta quedará limitada a la proporción que exista entre la suma asegurada de esta Póliza y la suma total de los seguros contratados.

**XXXII. DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS.-** Todos los Asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizarán a cualquier hospital, médico o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a la Aseguradora cualquier registro o documentación

necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta de la Aseguradora.

**XXXIII. FALTA DE RESPONSABILIDAD POR ACTOS U OMISIONES DE TERCEROS.-** La Aseguradora no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de ningún hospital, médico, o cualquier otra tercera persona.

**XXXIV. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.-** Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características del riesgo que consta en la solicitud de seguro de la presente Póliza, el Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales del riesgo durante la vigencia de la presente Póliza, dentro de los ocho días siguientes al momento en que tenga conocimiento de ellas.

Se entiende por agravación esencial todo hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Aseguradora habría contratado en condiciones diferentes si hubiere conocido una situación análoga.

Se considera agravación esencial del riesgo, especialmente, todo cambio que afecte la naturaleza de la profesión, empleo u ocupación que consta en la solicitud de seguro de la presente Póliza.

Si el Asegurado omitiere el aviso de la agravación, la indemnización en caso de siniestro se reducirá en proporción al aumento del riesgo.

La agravación esencial del riesgo da derecho a la Aseguradora a la acción contemplada en el artículo 1360 del Código de Comercio para pedir la rescisión del contrato, sin perjuicio de que puedan pactarse nuevas condiciones.

**XXXV. DOLO O CULPA GRAVE.-** El dolo o culpa grave en la declaraciones del Asegurado o la omisión dolosa o culposa en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Aseguradora para pedir la rescisión del contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa, quedando a favor de la misma, la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave y en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Aseguradora, tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena de que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Asegurado, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuere asegurable, la Aseguradora tendrá derecho a rescindir el contrato.

**XXXVI. INDISPUTABILIDAD.-** El seguro con respecto a cada Asegurado será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos (2) años de vigencia contados a partir de la fecha de la última inscripción ininterrumpida.

**XXXVII. PERITAJE.-** En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora acerca del importe de cualquier siniestro cubierto por esta Póliza, la cuestión será sometida, exclusivamente para ese objeto, a dictamen de un perito nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes, pero si no se pusieran de

acuerdo en el nombramiento de un solo perito se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de un mes a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para en caso de discordia.

Si una de las partes se negara a nombrar su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerida por la otra, o si los peritos no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial correspondiente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del perito, el perito tercero, o de ambos, si así fuere necesario.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución si fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los peritos. Si alguno de los peritos de las partes o el tercero fallecieren antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda, las partes, los peritos o la autoridad judicial, para que lo sustituya.

Los gastos y costas que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de la Aseguradora y del Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio perito, en su caso.

El peritaje a que esta condición se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de la Aseguradora; solamente determinará el importe de la pérdida, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

**XXXVIII. PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.-** En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con FEDECREDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, en el pago de un siniestro, se seguirá el procedimiento establecido en los artículos 99 y siguientes de la Ley de Seguros.

**XXXIX. COMPETENCIA.-** En caso de controversia en relación con la presente Póliza y ya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero, previa certificación por parte de la Superintendencia del acta de la audiencia del proceso conciliatorio detallando falta de acuerdos, las partes podrán recurrir ante los tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

**XL. MODIFICACIÓN DE TARIFAS.-** Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia del seguro, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas por plan, beneficio, edad, sexo y número de hijos dependientes. La Aseguradora tiene derecho a cambiar la tarifas, por ajuste inflacionarios, por el nivel de reclamos o por cualquier otro factor que afecte a las mismas, en las siguientes fechas:

- En cualquier aniversario de la Póliza.
- En cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce (12) meses.

**XLI. TERMINACIÓN ANTICIPADA.-** El Asegurado podrá dar por terminado este contrato mediante aviso por escrito a la Aseguradora, indicando la fecha en que la presente Póliza debe cancelarse.

La Aseguradora al aceptar la terminación procederá a reembolsar al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza.

En caso de siniestro parcial, el asegurado podrá informar la terminación a la Aseguradora, con previo aviso de un mes y la prima no devengada quedará a favor de la Aseguradora.

Si la terminación fuere debida a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de primas correspondientes a la nueva Póliza.

**XLII. CADUCIDAD DEL CONTRATO.-** El Contratante podrá dar por terminado este contrato, mediante aviso por escrito a la Aseguradora, indicando la fecha en que la presente Póliza deba cancelarse.

**XLIII. CESIÓN.-** Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

**XLIV. COMUNICACIONES.-** Toda declaración o comunicación a la Aseguradora relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la oficina principal de la misma.

Ningún cambio o modificación al contrato será válido, a menos que haya sido aprobado por las partes y por escrito. En consecuencia, ningún agente u otra persona no autorizada por la Aseguradora podrán cambiar o modificar las condiciones o beneficios del contrato.

Las comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Contratante o Asegurado, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella; en caso de ser factible su entrega por cambio de dirección, se coordinará con el corredor o intermediario de seguros para su entrega.

**XLV. REPOSICIÓN.-** En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Asegurado a la misma, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuere aplicable. Los gastos de reposición serán por cuenta del Asegurado.

**XLVI. PRESCRIPCIÓN.-** Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen. Se estará además a lo que dispone el Código de Comercio y demás leyes aplicables.

\*\*\*\*\*