

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

CONDICIONES GENERALES

DE LA TERMINOLOGÍA Y SU DEFINICIÓN

ASEGURADO:	<p>Es la persona titular del interés asegurado y, por consiguiente, aquella cuyos bienes, persona y responsabilidades están expuestos al riesgo y que ejerce los derechos y responde por las obligaciones de la relación contractual constituida.</p> <p>A los efectos de esta Póliza se considerarán Asegurados, al Asegurado Principal y a los Asegurados Familiares.</p>
TOMADOR DEL SEGURO:	<p>Es la persona que no es el titular del interés asegurado, pero contrata el seguro a nombre de un tercero Asegurado, con la Entidad de Seguros.</p>
PRIMA:	<p>Es la contraprestación que debe pagar el Asegurado por la cobertura del riesgo que la Entidad de Seguros le ofrece, en las condiciones que conste en el contrato de seguro y en el domicilio de la Entidad de Seguros, si no hay estipulación expresa en contrario.</p>
ASEGURADO PRINCIPAL:	<p>Cuando este seguro se contrate de manera colectiva, se define como Asegurado Principal a cada uno de los miembros del colectivo titulares del interés asegurado y, por consiguiente, aquellas que están expuestas al riesgo y que ejercen los derechos y responden por las obligaciones de la relación contractual constituida.</p>
ASEGURADOS FAMILIARES:	<p>Se definen así a aquellas personas que conviven o dependen económicamente del Asegurado Principal y cumplen con las limitaciones de edades establecidas para cada uno de ellos al momento de adherirse a la Póliza, previo pago de la prima correspondiente:</p> <ul style="list-style-type: none">a).- El cónyuge o la persona con quien haga vida común y estable el Asegurado Principal.b).- Los hijos, nietos, sobrinos y hermanos solteros del Asegurado Principal, que sean menores de dieciocho (18) años de edad y dependan económicamente de él, pudiendo permanecer hasta los veinticuatro (24) años de edad, cuando cursen estudios de nivel superior y a tiempo completo, previo ajuste de la prima.c).- Los padres y suegros del Asegurado Principal, al momento de adherirse a la Póliza. <p>Las mencionadas personas deberán estar inscritas en las Condiciones Particulares con apellidos y nombres completos y documento de identidad.</p>
LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN:	<p>Es el importe que representa el límite máximo de responsabilidad de la Entidad de Seguros para el pago de la indemnización o de la prestación.</p>
ACCIDENTE:	<p>Se entiende por accidente toda lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado y producida directa e independientemente de toda otra causa, por un suceso externo, imprevisto, involuntario, repentino y fortuito.</p> <p>En adición a lo anterior, se considerarán accidentes, a los efectos de este contrato:</p> <ul style="list-style-type: none">a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.b) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas y alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.c) El carbunco o tétano de origen traumático.d) La rabia.e) Las consecuencias directas de picaduras de insectos venenosos.f) Los accidentes provocados por médicos cirujanos o cualquier profesional de la ciencia médica y veterinaria, en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias, cuando tales accidentes produzcan infecciones microbianas o intoxicaciones.
CERTIFICADO DE SEGURO:	<p>Documento acreditativo del seguro que el Tomador del Seguro le entrega a cada Asegurado Principal.</p>
CONDICIÓN DE PRE-EXISTENCIA:	<p>Son aquellas condiciones de salud, que presente el Asegurado, que en fecha anterior a la contratación de la Póliza de seguro:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Hayan sido diagnosticadas por un médico,b) Hayan sido aparentes a la vista, oc) Fueran de las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas.
ENFERMEDAD:	<p>Se entiende por enfermedad toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología, que precise la asistencia, diagnóstico y confirmación de un facultativo.</p>
ENFERMEDAD CONGÉNITA:	<p>Padecimiento con que se nace o se contrae en el útero, ya sea descubierto en el momento del nacimiento o en cualquier período de la vida.</p>

DE LA CONCERTACIÓN, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es indemnizar durante su vigencia los gastos médicos incurridos por los Asegurados, siempre y cuando se originen como consecuencia directa de enfermedad, accidente, intervención quirúrgica o maternidad, de acuerdo al límite máximo establecido en el Cuadro de Beneficio de la presente Póliza y hasta los límites descritos por cada uno de los Gastos Amparados.

CLÁUSULA 2: PERSONAS ASEGURABLES

Podrán contratar este seguro cualquier persona natural siempre y cuando su edad al momento de contratar la Póliza sea superior a dieciocho (18) años, podrán ser Asegurados todos los integrantes de su grupo familiar, que en lo adelante se denominarán Asegurados Familiares.

La cobertura de los hijos del Asegurado Principal nacidos posterior a la vigencia de esta Póliza comenzará desde su nacimiento, siempre y cuando el Asegurado Principal notifique su inclusión y abone la prima respectiva dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de nacimiento.

Asimismo podrán ser Asegurados un grupo de personas unidas por un interés común.

Es condición expresa que al momento de ser solicitada la inscripción en la Póliza, los Asegurados gocen de buena salud y no sufran ni padezcan de ninguna de las enfermedades indemnizables por esta Póliza.

CLÁUSULA 3: INCUMPLIMIENTO DE TÉRMINOS Y/O CONDICIONES

Si se produjera un siniestro y hubiera un incumplimiento de cualquier Término y/o Condiciones de esta Póliza por parte de un Asegurado, la Entidad de Seguros tendrá derecho a rechazar la reclamación.

CLÁUSULA 4: CONCURRENCIAS DE SEGUROS

Si el interés asegurado estuviere amparado en todo o en parte por otros seguros que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma o diferente fecha, el Asegurado o Tomador del Seguro deberá declararlo por escrito inmediatamente a la Entidad de Seguros. Si el Asegurado o Tomador del Seguro omite tal aviso, o si contrata otros seguros para obtener provecho ilícito, la Entidad de Seguros quedará libre de sus obligaciones.

En caso de existir otro seguro la Entidad de Seguros estará obligada a indemnizar sólo la proporción de cualquier reclamo que el límite de responsabilidad pactado en esta Póliza represente del total de beneficios de todas las Pólizas concurrentes vigentes en el momento de la ocurrencia.

CLÁUSULA 5: TERMINACIÓN

Cuando la cancelación de un contrato de seguro sea solicitada por el Asegurado, la Entidad de Seguros retendrá la parte de la prima correspondiente al tiempo en que el contrato de seguro estuvo vigente, calculada a prorrata.

En caso de que el importe de las reclamaciones pagadas y pendientes de pago por siniestros ocurridos durante el período de vigencia del contrato sea superior a la prima retenida, la Entidad de Seguros deducirá, de la prima a devolver, la diferencia que resulte.

Cuando la cancelación sea dispuesta por la Entidad de Seguros, esta retendrá la parte de la prima correspondiente al tiempo que el seguro estuvo vigente, calculada a prorrata. En este caso la Entidad de Seguros lo notificará por escrito, al Asegurado, a la dirección consignada en el contrato o Póliza, con no menos de diez (10) días de antelación a la fecha en que deba ser efectiva la cancelación en cuestión.

Cuando se trate de cancelaciones por falta de pago de parte de la prima, el contrato o Póliza conservará su vigencia hasta la fecha en que alcance la prima efectivamente pagada.

CLÁUSULA 6: LIMITE TERRITORIAL

El objeto de este seguro solo tendrá efecto dentro del territorio de la República de Cuba.

CLÁUSULA 7: RENOVACIONES

Con el objetivo de no causar interrupciones en la protección prevista en esta Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá efectuar una solicitud de renovación por escrito a la Entidad de Seguros un mes antes del vencimiento de su Póliza de seguro.

En cada renovación y al cambiar de manera natural la edad del Asegurado, se incrementará la prima correspondiente a la próxima vigencia del seguro.

DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA 8: BASES LEGALES

El presente contrato, se rige por lo dispuesto en Decreto Ley No. 263 de 2008, "Del Contrato de Seguro y su Reglamento".

La Póliza, la Solicitud de Seguro, así como sus modificaciones o adiciones y cualquier otro documento relacionado con el seguro, conformarán el contrato de seguro y deberán probarse por escrito, en idioma español, en forma clara, precisa y fácilmente legible.

DE LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

CLÁUSULA 9: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Es obligación del Asegurado, sus representantes o agentes, actuar en todos los casos como si no estuvieran asegurados, tomando todas las medidas necesarias para evitar o minimizar las consecuencias del accidente o enfermedad que motivó el gasto.

Los Asegurados quedan obligados a desarrollar todas las acciones necesarias para salvaguardar el derecho de recobro de la Entidad de Seguros.

CLÁUSULA 10: OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Es obligación del Tomador del Seguro:

- a).- Garantizar que cada **Asegurado** reciba el **Certificado de Seguro**, como constancia de su aseguramiento.
- b).- Liquidar la **prima** debida hasta la fecha de la reclamación.

- c).- Comunicar por escrito a la **Entidad de Seguros**, los nombres de los **Asegurados** que hayan dejado de pertenecer al grupo de **Asegurados** (dentro de los siete (7) días siguientes a su ocurrencia e indicando la fecha de la baja). Dicha exclusión se hará efectiva desde tal fecha, devolviendo la **Entidad de Seguros**, la parte proporcional de la **prima** no devengada al **Tomador del Seguro**.
- d).- Solicitar a la **Entidad de Seguros** de las altas que deseen incorporar al seguro con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la **Póliza**.

CLÁUSULA 11: OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD DE SEGUROS

Informar al Asegurado o Tomador del Seguro, mediante la entrega de la Póliza o el Certificado o nota provisional de cobertura, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, cuando lo requieran, cualquier duda que este formule.

Pagar la indemnización que corresponda en caso de siniestro o rechazar el mismo, en la forma y término descrito en esta Póliza.

CLÁUSULA 12: NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

Toda comunicación y/o notificación a la Entidad de Seguros se hará al domicilio legal descrito en la Condiciones Particulares de la presente Póliza.

Cualquier comunicación y/o notificación relacionada con un siniestro se hará a la Central de Alarma del Servicio de Asistencia cuyos datos se especifican en las Condiciones Particulares de esta Póliza en un plazo no mayor de 48 horas.

Las comunicaciones de la Entidad de Seguros al Tomador del Seguro, se realizarán a su domicilio legal, recogido en la Póliza, salvo que el Tomador del Seguro haya notificado por escrito a la Entidad de Seguros el cambio del mismo.

Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro a un mediador de la Póliza, representante de la Entidad de Seguros, surtirán los mismos efectos como si se hubiesen realizado directamente a éste.

Toda comunicación y/o notificación entre las partes a los efectos legales, deberá realizarse o confirmarse por escrito.

CLÁUSULA 13: INDEMNIZACIONES

Los Asegurados podrán recibir el servicio de las Instituciones Médicas con cargo a esta Póliza de seguro.

En caso de que por motivo alguno sea imposible operar de la manera anterior el Asegurado deberá notificar a la Central de Alarma del Servicio de Asistencia y la Entidad de Seguros liquidará o rechazará las reclamaciones presentadas por el Asegurado o Tomador del Seguro, en período no mayor de treinta (30) días a partir de la presentación de toda la documentación exigida en la presente Póliza, incluyendo cualquier otro documento que fuese exigible por la Entidad de Seguros.

Si el Asegurado o Tomador del Seguro hicieran una reclamación a sabiendas de que fuera falsa o fraudulenta, la misma será rechazada.

El pago de las indemnizaciones se realizará directamente a la clínica o institución hospitalaria hasta el límite máximo descrito en el Cuadro de Beneficios y hasta los límites que se amparan por cada uno de los servicios recibidos, siempre y cuando las facturas emitidas por la clínica o institución médica correspondan a los gastos cubiertos por el seguro; corriendo por cuenta del Asegurado o Tomador del Seguro el monto que exceda a la cobertura prevista.

Si después de asumida la obligación con la institución médica, resultase que los gastos incurridos por los Asegurados y pagados por la Entidad de Seguros, por cualquier motivo, no se corresponden con los gastos y límites cubiertos por este seguro, la Entidad de Seguros procederá a recuperar del Asegurado el monto que haya sido pagado indebidamente a la institución hospitalaria.

CLÁUSULA 14: SUBROGACIÓN

Por el solo hecho de existir la presente Póliza, una vez satisfecho el pago de la pérdida, la Entidad de Seguros queda subrogada en todos los derechos, recursos y acciones del Asegurado o Tomador del Seguro contra todos los autores o responsables del siniestro, por cualquier título o por cualquier causa que esta sea y aun contra la Entidad de Seguros si los hubiese.

El Asegurado o Tomador del Seguro deben garantizar que los derechos contra terceros posibles responsables sean debidamente reservados y ejercidos de modo que el derecho de subrogación de la Entidad de Seguros no se perjudique.

La Entidad de Seguros no estará obligada, en ningún caso, a indemnizar cualquier reclamación en la que se vea perjudicado su derecho de recobro, a consecuencia de cualquier acto o acuerdo del Asegurado o Tomador del Seguro, por el cual se releve, modifique o disminuya la responsabilidad de un tercero, sin previo conocimiento y aprobación de la Entidad de Seguros.

DEL RIESGO Y LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO

CLÁUSULA 15: EXTINCIÓN

El seguro quedará extinguido:

1. Si durante su vigencia se produjera la desaparición del interés asegurado.
2. Una vez vencida la vigencia de la **Póliza**.

CLÁUSULA 16: CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, su cónyuge inscrito en esta Póliza, tendrá la facultad de continuar como Asegurado junto con los demás familiares inscritos mediante el pago de las primas no satisfechas correspondientes, hasta el final del período de vigencia de la Póliza.

CLÁUSULA 17: ENFERMEDADES CONGÉNITAS DE RECIEN NACIDOS

En los casos de enfermedades o defectos físicos congénitos, solo estarán cubiertos los descendientes del Asegurado Principal con inclusión automática en la Póliza, cuyos gastos incurridos se indemnizarán de acuerdo al Cuadro de Beneficios.

CLÁUSULA 18: ALTA DE ASEGURADOS

Los movimientos de alta de nuevos Asegurados a la Póliza deberán solicitarse acompañados de las Solicitudes de Seguro debidamente completadas para cada una de las personas a incorporar, quedando a discreción de la Entidad de Seguros la aceptación de los mismos.

En todos los casos las coberturas de la presente Póliza a los nuevos Asegurados estarán condicionadas al pago de la prima adicional correspondiente, calculada sobre la prima anual prorrateada por el tiempo en que estará vigente el seguro.

Los hijos del Asegurado Principal nacidos durante la vigencia de esta Póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, siempre y cuando el Asegurado Principal notifique su inclusión y abone la prima respectiva dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la fecha de nacimiento. De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de la Entidad de Seguros.

Del mismo modo, si el Asegurado Principal contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza, siempre que dé aviso del hecho por escrito a más tardar a los treinta (30) días de ocurrido éste y previo pago de la prima adicional correspondiente. Pasado este tiempo se asegurara a partir de la fecha de la declaración.

CLÁUSULA 19: BAJAS DE ASEGURADOS

Las bajas de Asegurados serán reportadas a la Entidad de Seguro por el Tomador del Seguro o el Asegurado Principal, según corresponda. Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo de Asegurados. La fecha considerada de baja se corresponderá con la fecha de la notificación hecha o desde el mismo día en que el Asegurado dejó de formar parte del grupo si la fecha de la notificación es solo siete (7) días posteriores a este hecho. Las primas a devolver por las bajas causadas estarán calculadas sobre la base de la prima anual a prorrata por el tiempo que cursa entre la fecha de la baja y el fin del seguro inicialmente contratado.

Los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde el momento de su separación del grupo de Asegurados y las obligaciones de la Entidad de Seguro a la fecha de la baja quedarán vigentes hasta su liquidación.

CLÁUSULA 20: VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de este contrato será de un año, salvo pacto en contrario, comenzando a las 24:00 horas del día de la fecha de inicio del contrato y terminando a las 24:00 del último día de duración del contrato. En los casos en que el solicitante necesite un seguro para un plazo menor de un año, se calculará la prima a prorrata a partir de la prima anual correspondiente.

DE LA RETICENCIA E INEXACTA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 21: NULIDAD DEL SEGURO

El seguro será nulo:

1. Si el Asegurado o Tomador del Seguro hubiese ocultado o falsamente descrito cualquier hecho material o circunstancia relacionada con este seguro, que hubiese podido influir en la concertación y ejecución de la Póliza o por la mala fe de alguna de las partes o por la inexacta declaración del Asegurado o Tomador del Seguro, aun hecha de buena fe, siempre que pueda influir en la estimación de los riesgos.
2. Si al ocurrir uno de los riesgos cubiertos, el Asegurado o Tomador del Seguro exagera su gravedad, pretende destruir o hacer desaparecer pruebas existentes antes del mismo, emplea como justificación documentos inexactos o utiliza medios fraudulentos

CLÁUSULA 22: DECLARACION INEXACTA DE LA EDAD

La Entidad de Seguros sólo podrá impugnar la Póliza de seguro si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos en la Cláusula 2: Personas Asegurables.

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad de Seguros se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad de Seguros está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

DE LA PRIMA

CLÁUSULA 23: PAGO DE LA PRIMA

La prima de seguro se pagará por el Asegurado o Tomador del Seguro, según sea el caso, en el momento de la emisión o renovación de la Póliza, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

En los casos en que el solicitante necesite un seguro para un plazo menor de un año, se calculará la prima a prorrata a partir de la prima anual correspondiente.

Si por responsabilidad del Asegurado la prima no ha sido pagada a su vencimiento, la Entidad de Seguros tendrá derecho a resolver el contrato, a exigir el pago de la prima debida, o a suspender las garantías que ofrece el seguro.

Las primas pagadas en exceso o sobre Asegurados que por las condiciones de la Póliza se encuentren en algún momento fuera de la cobertura de la misma, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Entidad de Seguros, sino única y exclusivamente al reintegro de dichas primas, aún cuando las mismas hubiesen sido aceptadas formalmente por la Entidad de Seguros.

DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 24: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del contrato de seguro, salvo pacto en contrario que amplíe dichos términos, prescribirán en el término de cinco (5) años, contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dió origen o de la firmeza de la sentencia dictada por los tribunales populares competentes, según corresponda.

CLÁUSULA 25: INSPECCIONES

La Entidad de Seguros y/o sus Agentes tendrán derecho a investigar las actividades objeto del seguro, para fines de apreciación del riesgo. Asimismo el Asegurado o Tomador del Seguro convienen en que la Entidad de Seguros podrá efectuar la revisión de sus libros y/u otros documentos vinculados con cualquier hecho que guarde relación con esta Póliza, por sí mismos o por la designación de una entidad especializada.

CLÁUSULA 26: CONFIDENCIALIDAD

Ambas partes, sus empleados y agentes, estarán obligados a la confidencialidad sobre todo tipo de información obtenida y no harán uso de ella, excepto para los fines de esta Póliza o mediante la autorización por escrito de la otra parte, pudiéndose exigir las responsabilidades a que hubiese lugar en caso de incumplimiento de este deber.

CLÁUSULA 27: SELECCIÓN DE INSTITUCIÓN MÉDICA Y EXTENSIÓN GEOGRÁFICA

Los Asegurados podrán recibir los servicios de hospitalización, intervención quirúrgica, atención obstétrica o tratamiento ambulatorio en alguna de las instituciones de la red asistencial de SERVIMED que a continuación se detallan por provincias:

PINAR DEL RIO

1. Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría".

CIUDAD DE LA HABANA

2. Clínica Internacional "Cira García", Playa.
3. Hospital Gineco-obstétrico "Ramón González Coro", Vedado.
4. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez", Marianao.
5. Hospital "Hermanos Ameijeiras", Centro Habana.
6. Hospital Ortopédico "Frank País", Lisa.
7. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (C.I.M.E.Q), Playa.
8. Hospital "Camilo Cienfuegos".
9. Centro de Restauración Neurológica (CIREN), Playa.
10. Centro de Histioterapia Placentaria, Playa.
11. Hospital Pediátrico de Centro Habana.
12. Hospital "Comandante Manuel Fajardo"
13. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria CIRP, Vedado.
14. Centro Internacional de la Tercera Edad CITED, Vedado.
15. Hospital "Carlos J. Finlay", Marianao.
16. Hospital "Pando Ferrer", Marianao.
17. Hospital Pediátrico "William Soler", Alta Habana.
18. Hospital Ortopédico de Rehabilitación "Julio Díaz", Arroyo Naranjo.
19. Hospital "Luis Díaz Soto", Habana del Este.
20. Clínica Internacional de Santa María del Mar.
21. Villa Salud Tarará, Habana del Este.

MATANZAS

22. Clínica Internacional de Varadero.
23. Hospital Clínico Quirúrgico "José L. López Tabranes".
24. Hospital de Cárdenas "Julio M. Arestegui Villamil"
25. Centro de Medicina Subacuática de Cárdenas.

VILLA CLARA

26. Hospital Clínico Quirúrgico Provincial de Santa Clara "Arnaldo Milián Castro".

CIENFUEGOS

27. Clínica Internacional de Cienfuegos.
28. Hospital Provincial de Cienfuegos.

SANCTI SPIRITUS

29. Clínica Internacional de Trinidad.
30. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico "Camilo Cienfuegos"

CIEGO DE AVILA

31. Hospital General "A. Luaces Iraola".
32. Clínica Internacional de Cayo Coco.

CAMAGÜEY

33. Clínica Internacional de Santa Lucía.
34. Hospital Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech".

HOLGUIN

35. Clínica Internacional de Guardalavaca.
36. Hospital General "V. I. Lenin".
37. Puesto Médico Sol Río de Lunas.

SANTIAGO DE CUBA

38. Clínica Internacional de Santiago de Cuba.

GRANMA

39. Clínica Internacional de Granma.
40. Hospital Provincial de Bayamo.
41. Hospital Municipal de Manzanillo.

GUANTANAMO

42. Hospital Provincial de Guantánamo.

ISLA DE LA JUVENTUD

43. Hospital General "Héroes del Baire", Gerona.

DE LA INTERPRETACIÓN

CLÁUSULA 28: RELACIÓN CON LAS CONDICIONES PARTICULARES

Las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales.

DE LA COMPETENCIA

CLÁUSULA 29: JURISDICCION Y LEY APLICABLE

Ambas partes se comprometen a solucionar amigablemente todas las discrepancias, controversias, reclamaciones o litigios que surjan de la interpretación y/o ejecución de esta Póliza, de no lograrlo someterán tales diferencias a la Sala de lo Económico del Tribunal Popular correspondiente.

El presente contrato, se rige por lo dispuesto en Decreto-Ley No. 263 de 2008, Del Contrato de Seguro y su Reglamento y por la legislación cubana en general respecto a lo que no esté regulado en el mencionado Decreto-Ley.

RIESGOS CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

CLÁUSULA 30: GASTOS AMPARADOS

Los gastos amparados por la presente Póliza son aquellos en que razonablemente incurran los Asegurados a consecuencia de las contingencias previstas en la misma y cuyos límites máximos son los indicados en el Cuadro de Beneficio de la Póliza.

A continuación se describen y condicionan los gastos amparados.

1. Servicio de hospitalización:

Son los gastos diarios en que incurre un Asegurado durante su hospitalización por concepto de:

a) *Cuarto de hospitalización:*

Comprende los gastos originados por habitación y alimentación, por cada día de permanencia en un centro hospitalario, siempre y cuando dicha hospitalización haya sido prescrita por los médicos tratantes y hasta por el número de días máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.

b) *Gastos de admisión:*

Es el gasto que se origina el primer día de hospitalización, con motivo del ingreso de un Asegurado en el centro hospitalario, el cual será indemnizado hasta por el máximo previsto en el Cuadro de Beneficios.

c) *Gastos de acompañantes:*

Es el gasto diario en que incurre un Asegurado, por la permanencia de un acompañante (sin pensión alimentaria), durante su hospitalización por el límite máximo de días especificados en el Cuadro de Beneficios.

2. *Unidad de cuidados intensivos:*

Es el gasto diario en que incurre un Asegurado durante su hospitalización, por el uso de la Unidad de Cuidados Intensivos, sin superar el máximo de días establecidos en el Cuadro de Beneficios.

a) *Gastos médicos quirúrgicos:*

Son los gastos en que incurre un Asegurado, por los servicios prestados por la institución médica por concepto de la intervención de médicos cirujanos y médicos ayudantes que hayan practicado una intervención quirúrgica que incluya la escisión, incisión, sutura, destrucción, reparación o manipulación de todo o parte de algún órgano del cuerpo.

b) *Gastos médicos no quirúrgicos:*

Son los gastos diarios en que incurre un Asegurado, por concepto de honorarios médicos (médico tratante, médicos especialistas, residentes) derivados de la asistencia médica.

c) *Gastos clínicos y especiales:*

Son los gastos en que incurre un Asegurado durante su hospitalización, por concepto de:

- ✓ Medicinas, material médico quirúrgico de cura y material desechable.
- ✓ Exámenes de laboratorio.
- ✓ Transfusiones de sangre.
- ✓ Derecho y material de anestesia y oxígeno.
- ✓ Sala de operaciones (quirófano), sala de recuperación y retén para recién nacidos.
- ✓ Instrumentista.
- ✓ Anatomía patológica.
- ✓ Ultrasonido y monitoreo.
- ✓ Tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear.
- ✓ Electroencefalograma, electrocardiogramas normal y dinámico.
- ✓ Exploraciones radiológicas invasivas o no.
- ✓ Cateterismo y otras exploraciones angiográficas.

Queda entendido que tales gastos, sólo serán asumidos por la Entidad de Seguros en los casos en que el Asegurado haya estado hospitalizado en el centro hospitalario, por tratamiento médico para la curación de una enfermedad, accidente o en el caso de realizarse una intervención quirúrgica prescrita por los médicos tratantes. En ningún caso se indemnizarán los gastos originados por exámenes motivados por chequeos médicos ni por exámenes y estudios realizados sin el debido respaldo de un tratamiento médico acorde a la enfermedad.

3. *Servicio de ambulancia y aeroambulancia:*

a) *Ambulancia:*

Es el gasto que se origina por el servicio de ambulancia, motivado por un accidente o enfermedad que requiera el traslado de un Asegurado, bajo condiciones especiales o por prescripción facultativa debido a la urgencia o gravedad del caso. Se reconocerán hasta un máximo de tres (3) viajes en el curso de la hospitalización. Cuando el cliente se encuentre en un lugar muy distante o de difícil acceso, como los cayos: Guillermo, Coco, Santa María u otros y que su traslado por medios de transporte convencionales hacia los lugares de atención secundaria de salud, pongan en peligro la salud de los mismos, se reconocerán hasta cinco (5) viajes en el curso del tratamiento.

b) *Aeroambulancia:*

Es el gasto ocasionado por el servicio de aeroambulancia en casos de emergencia con hospitalización, que requieran el traslado de un Asegurado bajo condiciones especiales y hacia un centro hospitalario. Se reconocerá un solo viaje durante la vigencia de la Póliza.

Las indemnizaciones que se originen por la utilización de los referidos servicios serán pagadas de acuerdo a los límites indicados en el Cuadro de Beneficios.

4. *Maternidad:*

Son los gastos por cuidados prenatales, partos o cesárea y/o tratamiento postnatal. La indemnización se hará por un sólo monto que engloba todos los gastos incurridos por este concepto, correspondientes a honorarios médicos y todos aquellos servicios hospitalarios que se requieran, hasta el límite máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios para el renglón maternidad. Este beneficio sólo aplicará en casos de que el parto o cesárea ocurra después de los nueve (9) meses a partir de la fecha de comienzo de esta Póliza o en un plazo inferior siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de la fecha de entrada en vigor de esta Póliza.

5. Recién nacidos:

Son los gastos de tratamiento médico necesario, incluyendo cuidados de rutina, aplicados al (los) recién nacido(s) de una madre asegurada, incurridos en un máximo de 45 días después del nacimiento y sujeto a un límite específico. Este beneficio expira automáticamente a los 45 días siguientes al nacimiento o en la fecha de inclusión del (los) hijo(s) en la Póliza. Los beneficios del recién nacido sólo serán aplicables cuando el nacimiento ocurra después de los nueve (9) meses de la fecha de comienzo de esta Póliza o en un plazo inferior siempre y cuando el embarazo se haya iniciado después de la fecha de entrada en vigor de esta Póliza .

6. Cirugía ambulatoria:

Son los gastos en que razonablemente incurre un Asegurado por todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se puedan realizar ambulatoriamente en forma segura para el paciente, no ameritando hospitalización.

7. Tratamiento ambulatorio:

Se entiende por tratamiento médico ambulatorio aquellos gastos en que incurre un Asegurado, al recibir tratamiento médico, originado a consecuencia de enfermedad o accidente que amerite su atención médica, ingresando y egresando el mismo día. Quedan totalmente excluidas todas aquellas consultas y/o exámenes médicos que sean realizados con fines preventivos.

Los gastos que dan lugar a indemnización son los ocasionados por los siguientes conceptos:

a) *Atención médica.*

Comprende los servicios de médicos y especialistas legalmente autorizados.

b) *Material médico quirúrgico.*

Son los gastos en que incurre un Asegurado durante la atención médica por concepto de:

- ✓ Material médico quirúrgico de cura y material desechable.
- ✓ Exámenes de laboratorio.
- ✓ Transfusiones de sangre.
- ✓ Oxígeno.
- ✓ Anatomía patológica.
- ✓ Ultrasonido y monitoreo.
- ✓ Electroencefalogramas, electrocardiogramas normal y dinámico.
- ✓ Exploraciones radiológicas invasivas o no.

8. Medicinas.

Únicamente las requeridas para el tratamiento ambulatorio, las cuales deberán ser adquiridas por prescripción médica en la farmacia adherida al centro hospitalario.

9. Repatriación y/o transporte.

Es el costo por el acondicionamiento y transportación de un Asegurado hasta su país de origen si enfermase o sufriese accidente durante la vigencia del seguro y necesitase de este servicio o si falleciese, hasta el límite especificado en el Cuadro de Beneficios.

CUADRO DE BENEFICIO

GASTOS MEDICOS	LIMITE MAXIMO (CUC)
LIMITE MAXIMO	100,000.00
1. GASTOS DE HOSPITALIZACION POR DIA (máximo 60 días)	
• Cuarto de Hospitalización	150.00
• Gastos de Admisión	10.00
• Gastos de Acompañante	40.00
2. GASTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS POR DIA (máximo 60 días)	600.00
3. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS	100,000.00
4. GASTOS MEDICOS NO QUIRURGICOS	100,000.00
5. GASTOS CLINICOS Y ESPECIALES	100,000.00
6. CIRUGIA AMBULATORIA	100,000.00
7. TRATAMIENTO AMBULATORIO	100,000.00
8. SERVICIO DE AMBULANCIA	
• Ambulancia por viaje	500.00
• Aeroambulancia hasta 1 viaje por año	3,500.00
9. GASTOS DE MATERNIDAD (POR CADA EMBARAZO)	4,000.00
10. GASTOS DEL RECIEN NACIDO (POR CADA NIÑO)	3,500.00
11. MEDICAMENTOS	600.00
12. REPATRIACION	5,000.00

CLÁUSULA 31: GASTOS EXCLUIDOS

Las indemnizaciones previstas en la presente Póliza no cubren reclamaciones de ninguna índole originadas por o relacionadas con las siguientes circunstancias:

- a).- Control periódico de salud y vacunas.
- b).- Abortos provocados sin fines terapéuticos.
- c).- Tratamiento por infertilidad y esterilización en ambos sexos.
- d).- Enfermedades preexistentes y enfermedades congénitas.
- e).- Enfermedades y consecuencias de intervenciones quirúrgicas y secuelas de accidentes, ocurridos antes de entrar en vigencia este contrato.
- f).- Tratamientos no aceptados por la ciencia médica y homeopatía.
- g).- Cualquier tratamiento dental, tratamiento de enfermedades y operaciones odontológicas, endodoncia, ortodoncia, exceptuando los casos en que la lesión sufrida sea de origen traumático a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del contrato.
- h).- Exámenes de vista incluyendo espejuelos, lentes de contactos y aparatos auxiliares de audición.
- i).- Participación activa en hechos delictivos, insurrecciones, conmoción civil, revoluciones, rebeliones, tumultos o guerra.
- j).- Tratamiento por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) y todas las enfermedades que sean causadas o relacionadas con el virus H.I.V.
- k).- Trastornos y enfermedades mentales, curas de reposo, alcoholismo y uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o medicamentos no prescritos por un médico legalmente autorizado para ello.
- l).- Tentativas de suicidio y lesiones autoinflingidas o causadas a sí mismo.
- m).- Cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Asegurado o que conviva con éste.
- n).- Servicios prestados por cualquier institución médica asistencial que no se encuentre definido en la cláusula de "Selección de la institución médica y extensión geográfica" de la presente Póliza exceptuando urgencias médicas comprobadas.
- o).- Gastos de transporte con excepción de los de ambulancias y aeroambulancias.
- p).- Cirugía plástica, cosmética y ortopédica, a menos que la intervención sea necesaria como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza .
- q).- Gastos de prótesis.
- r).- Gastos relacionados con el trasplante de órganos.
- s).- Participación en competencias peligrosas de cualquier índole, tales como luchas, pesca submarina, paracaidismo, vuelos en ícaros, vuelo a vela, motonetas, o vehículos similares.
- t).- Tratamiento para la obesidad y reducción de peso.
- u).- Gastos Médicos a consecuencia de enfermedad o accidente producido durante la práctica de deportes riesgosos.
- v).- El tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente.