

**SECCION**  
**GASTOS MEDICOS**  
**MAYORES Y ALTA**  
**COMPLEJIDAD**

**CODIGO**  
**18-0046**



**BANCO CENTRAL DEL PARAGUAY**  
Superintendencia de Seguros

**RESOLUCIÓN SS.RP. N° 397/99**

**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A. - REGISTRO DE PÓLIZAS**

Asunción, 8 de setiembre de 1999.

**VISTOS:** La nota de la empresa **ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**, con entrada en la Secretaría de la Superintendencia de Seguros bajo el N° 1648/99 en fecha 25/08/99, y su complementaria con entrada en la Secretaría de la Superintendencia de Seguros bajo el N° 1657/99 en fecha 27/08/99; el Informe SS.IETA.DEA N° 143/99 del 8 de setiembre de 1999 de la Intendencia de Estudios Técnicos y Actuariales, y;

**CONSIDERANDO:** Lo dispuesto en el inc. h) del Artículo 61 de la Ley N° 827/96 "De Seguros";

**En uso de sus atribuciones;**

**EL SUPERINTENDENTE DE SEGUROS**

**Resuelve:**

- 1º) Inscribir en el **REGISTRO PÚBLICO DE PÓLIZAS DE SEGUROS** el modelo de póliza para el Plan de Seguro presentado por **ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**, cuyo texto forma parte de esta Resolución, conforme al siguiente detalle:

**SECCIÓN SEGURO DE SALUD**, modalidad **GASTOS MÉDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA**, Código N° 18-0046.-

- 2º) Registrar, comunicar y archivar.



**GUSTAVO A. OSORIO GONZÁLEZ**  
Superintendente de Seguros

**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**

**MODELO DE POLIZA  
PARA LA COMPAÑIA**

**MODELO DE POLIZA  
REGISTRADO**

**SEGURO DE SALUD  
(Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad )**

**DUPLICADO**



# ASEPASA

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.

Israel 309 e/ Río de Janeiro  
ASUNCION PARAGUAY  
Telefono: (595-21) 215086  
R.U.C. APAA 757710 I

## POLIZA DE SEGURO

### SECCION SALUD PARA GASTOS MEDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD

El texto de esta póliza ha sido registrado en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el Código N°.....por Resolución S.S. N°..... de fecha

Póliza Nro.	Fecha Emisión	Inicio vigencia	Fin vigencia	Plazo	Renueva a

Código	Nombre del Contratante	R.U.C. o C.I.
Domicilio		
CAPITAL ASEGURADO:		

Entre ASEGURADORA PARAGUAYA S.A., en adelante denominado el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Contratante", conforme a la Solicitud presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Generales Comunes, las Especificas, las Particulares y las cláusulas y anexos insertas o agregadas a la misma, convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe y que forman parte de la presente Póliza.

#### CONDICIONES PARTICULARES

De acuerdo con la Solicitud presentada por el Contratante, el Asegurador cubre, por la presente Póliza, los riesgos indicados en las Condiciones Particulares adjuntas, hasta el limite asegurado y según esta especificado en el Certificado Individual respectivo de las personas aseguradas, conforme lo establecido en las condiciones del contrato

Interés asegurado:

Quando el texto de la Póliza difiera del contenido de la Solicitud, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza

Forman parte integrante de la presente Póliza, las siguientes Cláusulas Adicionales, Anexos y Endosos:

LIQUIDACION	
Prima	
R.P.F.	
I.V.A.	
Premio	

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



**El texto de esta póliza ha sido registrado en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el**

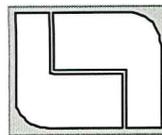
**Código N° 18-0046, por Resolución S.S. N° 397/99 de fecha 08/09/99**



*[Handwritten Signature]*

**JEFE DIVISION ESTUDIOS ACTUARIALES**

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico



***POLIZA DE SALUD PARA GASTOS MEDICOS  
MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MEDICA***

**CONDICIONES PARTICULARES**

**CLAUSULA 1 - DEL LIMITE DE COBERTURAS**

El límite de cobertura para la presente Póliza de Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica, está dado hasta la suma de:

**Límites:**

- ◆ GASTOS MEDICOS MAYORES
- ◆ ALTA COMPLEJIDAD MEDICA
- ◆ TRANSPLANTE DE ORGANOS
- ◆ TRATAMIENTOS
- ◆ OTRAS COBERTURAS – PRESTACIONES O REEMBOLSOS

**EL LIMITE POR EVENTO DE RESPONSABILIDAD MAXIMA ABSOLUTO DE LA COMPAÑIA POR ASEGURADO BAJO LA PRESENTE POLIZA ES HASTA UN CAPITAL DE \_\_\_\_\_**

**EL AMBITO GEOGRAFICO PARA ATENCIONES EN EL EXTERIOR INCLUYE LOS SIGUIENTES PAISES:**

**FRANQUICIA O DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO:**

**FRANQUICIA O DEDUCIBLE A CARGO DEL CONTRATANTE Y/O EL TOMADOR DE LA POLIZA:**

**MONTO FIJO DEDUCIBLE DE:**

**PARTICIPACION PORCENTUAL POR RIESGO DE:**

**EL LIMITE ASEGURADO/AGREGADO ANUAL POR PACIENTE ASCIENDE A LA SUMA DE:**

**EL LIMITE ASEGURADO POR EVENTO DE UN SOLO PACIENTE ASCIENDE A LA SUMA DE:**

**CLAUSULA 2 - RIESGOS CUBIERTOS**

La Compañía de Seguro reintegrará los gastos médicos en que incurran quienes se definan como Personas Cubiertas, como consecuencia de las enfermedades o tratamientos establecidos en las Condiciones Particulares:

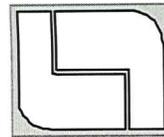
a) **Gastos Médicos Mayores:**

- 
- 
- 
- 

b) **Alta Complejidad Médica:**

- 
- 
- 
- 





c) **Transplantes de Organos y/o Prótesis:**

- 
- 
- 
- 

d) **Tratamientos:**

- 
- 
- 
- 

e) **Otras Coberturas**

- 
- 
- 
- 

### **CLAUSULA 3 - HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA**

Forma parte integrante de la cobertura de Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica emitida por la Compañía a favor de la Contratante para la inclusión de los Asegurados, donde se aclara que todo beneficiario que por razones de un plan de tratamiento, o como resultado de complicaciones médicas, o por simple precaución dispuesta por los médicos tratantes, con la previa aprobación de la Junta Médica Fiscalizadora, tuvieran que sufrir "HOSPITALIZACION PROLONGADA" estará cubierto por el presente contrato, bajo las condiciones de vigencia establecidas y cuando la hospitalización exceda la situación promedio de estadía que se establece en la siguiente lista y de acuerdo a las patologías cubiertas:

#### **DIAS**

Craneotomía:

Cirugía Espinal, de Espalda y Procedimientos de Cuello:

Cirugía Vasculat Extracranal y Nervios:

Varios Tipos de Neurología no Específica:

Stoke CBA:

Cardiopatías y Cerebro Vasculat no Específica:

Infección del Sistema Nerviosa Central:

Coma:

Ataques, Dolores de Cabeza, Etc.:

Cirugía de Ojos:

Desórdenes Médicos Visuales:

Oto-Cirugía:

Oto-Médica:

Cirugía-Pecho Respiratoria:

Desórdenes Médicos Respiratorios:

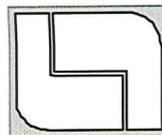
Neumonía Simple:

Bronquitis-Asma:

Trasplantes de Corazón:

Cirugía de Corazón:





Cirugía Vascular:  
Pacemaker Implantes o Revisiones:  
Corazón - Miocardiopardias:  
Caracterización de Corazón:  
Cardiovascular No Específica:  
Angina, Dolores de Pecho:  
Cirugía del Intestino Grueso - Adesiolisis:  
Mouth Upper GL and Minor Bowel Surgery:  
Cirugía Anal:  
Cirugía de Hernia:  
Apendicitis:  
GL Médica:  
Esofagitis, Gastronteritis:  
Desórdenes Dentales y Orales:  
Otros Desórdenes Digestivos:  
Procedimientos de Shunt, Páncreas e Hígados MA:  
Cirugía de Mano y Muñeca:  
Excisión de Lesiones:  
Artroscopía:  
Fracturas de Cadera, Fémur y Pelvis:  
Malagnicidad, Tejidos Conectivos, Esguinces:  
Osteomelitis, Artritis Séptica:  
Dolor de Espalda Médico:  
Otros Desórdenes Médicos Músculo Esqueléticos:  
Mastectomía por Malignidad:  
Otras Cirugías del Pecho, Epidermis y Subcutáneos:  
Desórdenes Médicos de la Epidermis, Celulitis:



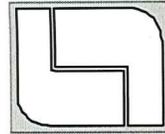
## **CLAUSULA 4 - INTERNACION EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

### COBERTURA EN LAS INTERNACIONES:

1. Habitación con aire acondicionado y baño privado.
2. Alimentación normal o dietético, de acuerdo a lo descripto por el Médico Tratante.
3. Derechos operatorios.
4. Análisis clínicos, RX, estudios especializados y atenciones que fuesen necesarios durante la internación.
5. Honorarios Médicos, cuando sean solicitados por el Médico Tratante, Cirujanos y sus Ayudantes, Anestesiastas, Transfuncionistas, Médicos de Interconsulta.
6. Medicamentos.
7. Materiales descartables.

No están cubiertas en las internaciones los Gastos de Acompañantes.

Todas las coberturas serán otorgadas solamente para las enfermedades detalladas.



## **CLAUSULA 5 - ANTIGUEDAD**

Se aclara que todo Asegurado deberá cumplir con la siguiente escala de Antigüedades o de carencia, para la utilización de la Póliza de Salud para Gastos Médicos mayores y Alta Complejidad Medica:

### Meses

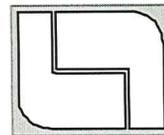
- ❖ Tratamientos para cualquier tipo de cáncer
- ❖ Quimioterapia
- ❖ Radioterapia
- ❖ Cirugía del Sistema Nervioso (Neurocirugía)
- ❖ Diálisis
- ❖ Hemodiálisis
- ❖ Cirugía Ortopédica
- ❖ Hospitalización prolongada
- ❖ Tratamiento de farmacodependencia (prescrita por Médico)
- ❖ Cirugía Cardíaca
- ❖ Internación en U.T.I. con cobertura 100%
- ❖ Transplante de Organos
- ❖ Tratamiento de las Enfermedades derivadas del SIDA



## **CLAUSULA 6**

A los efectos del Artículo 8 de las Condiciones Especificas, el Grupo de Asegurados será considerado sobre la base de \_\_\_\_\_ no pudiendo ser inferior a \_\_\_\_\_

**Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un (1) mes de haber recibido la Póliza (Art. 1556 Código Civil).**



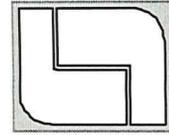
## ***POLIZA DE SALUD PARA GASTOS MEDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MEDICA***

### **CONDICIONES GENERALES COMUNES**

#### ***ARTICULO 1 - DEFINICIONES***

A los efectos de la presente póliza de cobertura de Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica se define como:

- a) **CONTRATANTE O TOMADOR:** es la persona física o jurídica que celebra el contrato colectivo con la Compañía y por cuyo intermedio se pagan las primas mensuales.
- b) **ASEGURADO TITULAR:**
  1. Los empleados del Contratante, cuando se trate de una póliza colectiva cerrada, comprendiendo a los empleados, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.
  2. Quienes formen parte de una póliza, denominada en adelante, para participantes de sistemas agrupados o grupos colectivos de personas adherentes de empresas de Medicina Pre-paga, Sanatorios y Hospitales, con no menos de veinticinco (25) miembros, unidos por un interés común y habiendo aprobado los requisitos de selección determinados por la Compañía.
  3. Asegurados individuales para los que regirán las mismas condiciones.
- c) **ASEGURADO ADICIONAL:**
  1. El cónyuge del Asegurado Titular.
  2. Los hijos solteros a cargo, desde los nueve (9) días y hasta los veintiún (21) años de edad, del Asegurado Titular y los del cónyuge del Asegurado Titular, siempre y cuando hayan sido declarados en la solicitud original.
  3. Toda aquella persona que la Compañía haya expresamente aceptado como Asegurado a solicitud del Asegurado Titular y que no esté contemplada en los incisos precedentes, siempre que haya sido individualizada en la solicitud y que la Compañía considere que existe un interés asegurable y una relación de dependencia económica.
- d) **ASEGURADOS:** Los Asegurados Titulares y los Asegurados Adicionales
- e) **EMERGENCIA MEDICA:** Situación en la que el facultativo interviniente determina la necesidad de atención inmediata debido al riesgo inminente de pérdida de la vida del asegurado.
- f) **DEFINICION DE LOS "RIESGOS CUBIERTOS"**
  1. **Diálisis Renal:** técnicas de filtrado para la normalización de los humores mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal
  2. **Prótesis:** significa piezas o aparatos que reemplazan, en forma permanente a un órgano, miembro o parte, reproduciendo sus formas y en lo posible realizando las mismas funciones.
  3. **Cáncer:** significa una enfermedad caracterizada por la ausencia de uno o varios tumores malignos cuyas células exhiben propiedades de invasión y metástasis, la cual ha sido diagnosticada como cáncer por un médico. El término "Cáncer" incluye Leucemia.
  4. **Quimioterapia:** significa el uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.
  5. **Cirugía Cardiovascular con circulación extracorpórea:** actos quirúrgicos que se realizan sobre el corazón, aorta y grandes bazos torácicos con uso de circulación extracorpórea.



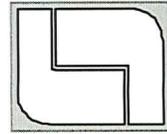
6. **Cirugía Cardiovascular sin circulación extracorpórea:** acto quirúrgicos que se realizan sobre el corazón, aorta y grandes bazos torácicos sin circulación extracorpórea.
7. **Neurocirugía Craneana:** actos quirúrgicos realizados en el sistema nervioso central endocraneal.
8. **Neurocirugía Vertebro-medular:** actos quirúrgicos realizados sobre la médula espinal y la columna vertebral (excluye tratamiento quirúrgico de las hernias de disco)
9. **H.I.V. positivo, portador sano :** significa la etapa de infección producida por el virus HIV y que se manifiesta en una persona después de haber sido esta diagnosticada como portadora del virus HIV, que no se acompaña de síntomas que sugieran la presencia de infecciones asociadas.
10. **SIDA:** significa el estado avanzado de infección causada por el virus de HIV, que genera importante compromiso con la aparición de infecciones oportunistas y tumores (enfermedades marcadoras)
11. **Enfermedad (es) Neurológica (s):** significa una enfermedad o condición por la cual el sistema nervioso (central o periférico), se encuentra afectado en forma primaria y ocurre principalmente dentro de las estructuras de dicho sistema. No se considera Enfermedad Neurológica a cualquier enfermedad o condición que afecte en forma secundaria al sistema nervioso (central o periférico).  
**Enfermedad (es) Neurológica (s), este Contrato no cubre** tratamientos o servicios de enfermedades neurológicas que no sean quirúrgicos, y las enfermedades congénitas del sistema nervioso.
12. **Neonatología:** significa el cuidado del recién nacido patológico hasta los treinta (30) días del nacimiento.
13. **Transplante(s) de Organo(s):** significa el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se inserta en el cuerpo de una Persona Cubierta cualquiera de los órganos (o parte de ellos), de un Donante fallecido o vivo.

## ARTICULO 2 – PERSONAS ASEGURABLES

Podrán ingresar como Asegurados a este seguro, siempre que no sean mayores de sesenta y cinco (65) años al momento de su incorporación, salvo pacto en contrario:

- a) Todos aquellos empleados del Contratante y/o participantes de sistemas agrupados o grupos cubiertos o asegurados individuales que, a la fecha de emisión de esta póliza, se encuentren en servicio activo.
- b) Los empleados que en el futuro ingresen al servicio activo del Contratante y las incorporaciones de participantes de sistemas agrupados y asegurables individuales serán asegurados a partir de la fecha en que la Compañía apruebe la Solicitud Individual del seguro y el Anexo: Declaración Individual de Salud, que deberán completar y entregar previamente.

Se entiende por "servicio activo" el desempeño normal de las tareas al servicio del Contratante por las personas que figuren en el listado del personal activo. Para los casos de participantes de sistemas agrupados y de los asegurados Individuales, será el hecho de estar desarrollando, normalmente, sus tareas habituales, profesionales, comerciales o técnicas.



## **ARTICULO 3 – AMBITO GEOGRAFICO**

Los tratamientos de Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad serán prestadas en la República del Paraguay, u otros países conforme al dictamen de la Junta Medica, a las prestaciones pactadas con el Contratante para los Asegurados, y a los lugares y Países indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

## **ARTICULO 4 – OPCION DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO**

Los Asegurados Adicionales incorporados a la póliza antes de haber cumplido veintiún (21) años de edad, podrán continuar asegurados después de haber cumplido dicha edad, suscribiendo una nueva póliza, sin plazo de espera y abonando la prima correspondiente a Asegurado Individual.

Cuando la caducidad de la cobertura, en el seguro de los hijos, se produzca a consecuencia de independencia económica o por contraer enlace matrimonial, éstos tendrán derecho a suscribir una nueva póliza sin plazo de espera para si, abonando la prima correspondiente el nuevo estado civil.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge sobreviviente, siempre y cuando tome la opción, pasará ser el nuevo Asegurado Titular. La Compañía emitirá una nueva póliza o certificado según corresponda. Los demás Asegurados Adicionales, si los hubiera, mantendrán su condición de tales.

Los Asegurados Titulares y/o Adicionales que cumplan sesenta y cinco (65) años no serán dados de baja. Podrán continuar asegurados, siempre y cuando tomen la opción y abonen la prima correspondiente. La Compañía emitirá una nueva póliza o certificado según corresponda. Los demás asegurados adicionales mantendrán su condición de tales.

La Compañía podrá, a su exclusivo criterio, aceptar emitir una nueva póliza para los Asegurados Titulares y sus Asegurados Adicionales asociados si el Asegurado Titular cesa en su relación con el Contratante y manifiesta su deseo de continuar asegurado.

En todos los casos, estas opciones tendrán validez únicamente si la prima correspondiente es abonada dentro de los treinta (30) días posteriores a la vigencia de la nueva póliza.

## **ARTICULO 5 – REQUISITOS Y PLAZOS DE INCORPORACION AL SEGURO**

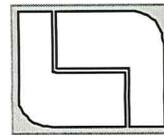
Todo empleado asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito utilizando la Solicitud Individual de Seguro y la Declaración de Salud Individual que, para tales efectos, proveerá la Compañía dentro de los plazos que para cada grupo se fijarán. El mismo criterio se aplicará para los casos de sistemas agrupados de asegurados o asegurados individuales.

Transcurrido el plazo fijado en el inciso anterior, los empleados sólo podrán incorporarse a esta póliza durante los periodos que, de común acuerdo, establezca el Contratante o el Tomador de los participantes del sistema agrupado con la Compañía.

El Asegurado Titular notificará por escrito a la Compañía de toda aquella persona que pretenda incorporar como Asegurado Adicional, o dar de baja y que se encuentre incluida como tal en este instrumento, suscribiendo el anexo "Solicitud de incorporación de asegurables y baja de asegurados" del presente contrato.

Asimismo el Contratante deberá suministrar al asegurador cualquier otra información que se requiera.





## **ARTICULO 6 – FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE CADA ASEGURADO INDIVIDUAL**

El seguro de cada asegurable que hubiera solicitado su incorporación, y esta haya sido aprobada por la Compañía tendrá vigencia desde el día primero del mes siguiente al de su incorporación; salvo en los casos en que la incorporación haya sido suscrita un día primero, en cuyo caso el mes de vigencia se cuenta a partir de dicho día.

En los casos en que la incorporación se produzca un día que no sea el primero del mes, el Asegurado tendrá cobertura hasta el último día del mes siguiente y de ahí en más su cobertura se renovará de la manera expuesta en el párrafo precedente.

## **ARTICULO 7 – CERTIFICADOS INDIVIDUALES**

La Compañía proporcionará a cada asegurado Titular un certificado individual en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente Póliza y la fecha de entrada en vigor del mismo.

## **ARTICULO 8 – CANTIDAD MINIMA DE ASEGURADOS TITULARES Y PORCENTAJE MINIMO DE ADHESION**

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en todas las condiciones pactadas, que tanto la cantidad de Asegurados Titulares como el porcentaje de los mismos con relación a los que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro alcancen, por lo menos, los mínimos indicados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los beneficios asegurados y/o modificar la tarifa de primas aplicada. La Compañía notificará su decisión al Contratante o a los integrantes del sistema agrupado con una anticipación mínima de treinta (30) días.

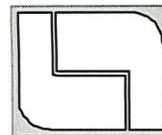
## **ARTICULO 9 – ARANCELES DE LOS SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD**

La Compañía ha establecido un listado valorado de servicios de recuperación de la salud que se denominará Listado Valorado de Prestaciones (en adelante LVP) y que forma parte integrante en la presente póliza como Anexo N° 1.

El LVP contempla un detalle de los procedimientos médicos o quirúrgicos, de diagnósticos o terapéuticos de medicina alópata que pueden realizarse en forma ambulatoria o en internación, y que los equipos, quirófanos, unidades de cuidados especiales y salas de internación que pueden requerirse para la recuperación de la salud de un Asegurado. Por cada procedimiento que figura en el LVP existe asociado un arancel máximo, que también consta en el LVP. Cualquier procedimiento que no éste incluido en el LVP está excluido de la cobertura de este contrato.

A cada póliza existe asociado un LVP específico. Al suscribirse el presente contrato y extenderse su consecuente póliza, automáticamente se establece el LVP correspondiente. El LVP pasa a formar parte del presente contrato





## **ARTICULO 10 – ALCANCE DE LA COBERTURA – COBERTURAS PACTADAS**

Queda expresamente aclarado que el Asegurador sólo ampara los “Riesgos Cubiertos” detallados en las condiciones particulares de esta póliza.

Los Asegurados tendrán derecho a recibir un adelanto de hasta el 50% del límite de la prestación conforme al LVP incluido en el Anexo 1 de las Condiciones de Cobertura, para los gastos que demande el tratamiento y la recuperación de su salud, siempre y cuando los procedimientos a utilizar para dicho fin estén incluidos en el LVP, de acuerdo a lo que se estipula en estas Condiciones Generales y las Condiciones Particulares que se adjuntan y forman parte del presente contrato de seguro.

A tal fin la Compañía se compromete a:

- a) Brindar las prestaciones médicas en los Centros Asistenciales y mediante el servicio de los profesionales médicos que figuran en los Centros Asistenciales especificados en la Nomina de Prestadores que forman parte integrante de la presente Póliza como Anexo N° 2.
- b) Pagar a los prestadores que brinden los servicios médicos y que no figuren en los Centros Asistenciales especificados en la Nómima de Prestadores (Anexo N° 2.) que acepten ser remunerados directamente por la Compañía ante el pedido del Asegurado.
- c) Reintegrar los gastos en los que incurra el Tomador o un Asegurado, como consecuencia de haber recibido Atención Médica por un procedimiento cubierto.

En todos los casos como máximo hasta la suma indicada como tope de beneficio individual para cada procedimiento que figure en la LVP, en que se incurran para tratar y recuperar la salud del Asegurado hasta el porcentaje de los gastos que la Compañía, de común acuerdo y según lo establecido en las Condiciones Particulares, toma a su cargo.

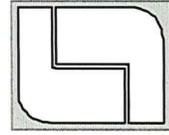
## **ARTICULO 11 – EVENTO AMPARADO**

En caso de reclamo por alguna de las enfermedades cubiertas, se considera como un mismo evento todas las complicaciones y/o atenciones ocasionadas por el padecimiento inicial que se presentan durante los 180 días posteriores a la fecha de iniciado el tratamiento del mismo.

## **ARTICULO 12 – LIMITES Y DEDUCIBLES**

La Compañía de seguros será responsable del porcentaje establecido de los gastos médicos cubiertos por encima del importe fijado como deducible y hasta el importe que se indica como límite.

Los límites deducibles se aplican por evento, entendiéndose por evento a la suma de todos los gastos médicos incurridos y abonados por el Contratante durante los 180 días posteriores a la fecha de iniciado el tratamiento del mismo y siempre que estuviera vigente el presente contrato, para un mismo paciente y como consecuencia de un mismo hecho generador.



## **ARTICULO 13 – RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN EL CASO DE TRANSPLANTES**

Queda expresamente convenido entre las partes, que el Asegurador no asume ninguna responsabilidad ni se compromete a prestar ninguna atención médica o a realizar acciones administrativas relacionada con la consecución de los órganos necesarios para realizar transplantes, que figuran en el siguiente listado de “Riesgos Cubiertos”

- Transplante de Corazón
- Transplante de Pulmones
- Transplante de Corazón y Pulmones
- Transplante de Hígado
- Transplante de Riñón
- Transplante de Médula
- Transplante de Córneas



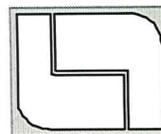
Queda expresamente convenido entre las partes que, la Responsabilidad del Asegurador queda limitada a hacer frente a los gastos que demanden los servicios médicos necesarios para atender un “Riesgo Cubierto” que se encuentre detallado en el frente de esta póliza y esté incluido en el listado de “Riesgos Cubiertos” incluidos en este artículo, como máximo hasta la suma indicada para cada práctica en el Listado Valorado de Prestaciones (LVP)

## **ARTICULO 14 – GASTOS MEDICOS CUBIERTOS**

A los efectos de esta cobertura y estando sujetos a la sección titulada “riesgos no cubiertos” y todas las demás disposiciones y condiciones de la cobertura, se entenderá por Gastos Cubiertos los gastos razonables y acostumbrados descritos a continuación, incurridos por una persona asegurada durante el periodo de vigencia de esta cobertura, a consecuencia de alguno de los tratamientos cubiertos bajo esta cobertura

Gastos Cubiertos son solamente los cargos incurridos:

1. Por un Hospital o Centro de Transplante, por concepto de:
  - a) Habitación, comidas y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semi – privada, sala o pabellón o unidad de cuidados intensivos.
  - b) Otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados a un paciente cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un Hospital.
2. Por un centro de cirugía ambulatoria o independiente (pero solamente si la cirugía, hubiese estado cubierta bajo esta cobertura de haber sido proporcionado en un Hospital.
3. Por un Médico, por concepto de cirugía
4. Por visitas médicas efectuadas a una persona asegurada mientras se encuentre recluida en un Hospital o Centro de Transplante.
5. Por concepto de los siguientes servicios, tratamientos o suministros médicos y quirúrgicos llevados a cabo como consecuencia de alguno de los tratamientos cubiertos bajo esta cobertura:

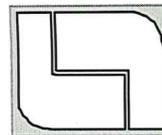


- a) Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional que no sea empleado del Hospital o Centro de Transplante.
  - b) Análisis de laboratorio y patología, exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, terapia de Rayos X, radio isótopos y radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalografía, angiografías, topografías computarizadas y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
  - c) Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
  - d) Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
6. Por drogas y medicinas para cuya obtención se requiera una receta o prescripción de un médico, y siempre que sean dispensadas por un farmacéutico licenciado.
  7. Por servicios prestados durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenido de un donante fallecido con el propósito de efectuar un transplante de órgano o un transplante de tejido. Los gastos cubiertos incluyen la remoción, preservación y transporte de un órgano o de tejido que se intenta transplantar a una persona asegurada.
  8. Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un transplante de órgano o de tejido a un receptor incurrido por:
    - a) Investigación de donantes potenciales.
    - b) Servicios prestados al donante en un Hospital, o Centro de Transplante por concepto de habitación semi - privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del Hospital o Centro de Transplante, pruebas de laboratorio y uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a transplantar; y
    - c) Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante, que se intenta transplantar a la persona asegurada.
  9. Por servicios y materiales suministrados por, el cultivo de la medula ósea, en relación con un transplante de tejido practicado a una persona asegurada. La Compañía pagará solamente los gastos que incurran a partir de la fecha en la que se incurrió en el primer gasto cubierto por concepto de dicho cultivo.

Así también contarán con los siguientes beneficios:

1. Habitación con aire acondicionado y baño privado
2. Alimentación normal o dietética, de acuerdo a lo prescrito por el Médico Tratante
3. Derechos Operatorios
4. Análisis clínicos, RX, estudios especializados y atenciones que fuesen necesarias durante la internación
5. Honorarios médicos, cuando sean solicitados por el Médico Tratante: Cirujano y sus Ayudantes, Anestesta, Transfusionistas, Médicos de Interconsulta.
6. Medicamentos.
7. Materiales descartables.

No estarán cubiertas en las internaciones los gastos del acompañante. Todas las coberturas serán otorgadas solamente para las enfermedades detalladas en las Condiciones Particulares



## **ARTICULO 15 – TRANSLADOS Y COBERTURAS INTERNACIONALES**

Si este "Riesgo Cubierto" se encuentra especificado en el frente de esta póliza El Asegurador proveerá el traslado de sus Asegurados para ser atendidos en los centros Asistenciales especificados en la Nómina de Prestadores para el tratamiento de un "Riesgo Cubierto" especificado en el frente de esta póliza siempre y cuando la distancia que medie desde el lugar de origen y destino del traslado solicitado sea mayor que 200 Km. y la prestación médica para la que deba trasladarse haya sido expresamente autorizada por la Compañía.

Si el Asegurado, por orden Médica propone y la Junta Médica del Contratante y la Compañía, aprueba un tratamiento médico y/o quirúrgico en el extranjero, el traslado del paciente (pasaje en avión), traslado del Aeropuerto al Centro Asistencial y la estancia en el mismo (Internación hospitalaria completa), quedará íntegramente cubierta por la Compañía conforme a las Condiciones Particulares especificados en la presente póliza. Siendo la forma y categorización de los servicios de traslado, una determinación exclusiva de la Compañía, siempre y cuando se ajusten a las necesidades médicas indicadas para cada caso.

## **ARTICULO 16 – AUTORIZACIONES**

Todos los servicios médicos necesarios para atender un "Riesgo Cubierto" detallado en el frente de esta póliza, deberán ser previamente autorizadas por la Compañía, salvo en casos de "emergencia médica"

El Asegurado deberá notificar al Asegurador dentro de cuarenta y ocho (48 Hs) horas de ocurrido cualquier accidente que sufriera y dentro de diez (10) días los demás hechos generadores de beneficios.

El Asegurado deberá certificar esta notificación.

La falta de notificación en los plazos previstos extinguirá el derecho del asegurado al beneficio respectivo.

El Asegurador se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por los facultativos de su elección, ya sea en el establecimiento asistencial, en consultorio particular o en el domicilio de aquel, para comprobar el derecho al beneficio.

Asimismo, podrá solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido al Asegurado y en general adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas.

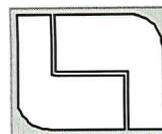
El Asegurado perderá su derecho, si hubiese suministrado al Asegurador alguna información dolosa o de mala fe, sin perjuicio de las acciones legales que correspondieran.

## **ARTICULO 17 - DE LA JUNTA MEDICA**

Todos los casos deberán ser comunicados, inmediatamente, por escrito (Certificado del Médico Tratante), a la Compañía, y los mismos, serán estudiados por una Junta Médica, compuesta por 3 (tres) Profesionales Médicos del Contratante y la Compañía. La Junta Médica deberá evaluar todos los casos y determinará el procedimiento a seguir.

## **ARTICULO 18 - LA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA**

Estará cubierto por la presente póliza, aquel Asegurado que por razones de tratamiento o como resultado de complicaciones médicas, dispuestas por los médicos tratantes, con la previa aprobación de la Junta Médica, tuviera que sufrir Hospitalización Prolongada, bajo las condiciones establecidas en la presente póliza, y cuando la mencionada hospitalización exceda la duración promedio de estadía establecida en la Cláusula 3 de las Condiciones Particulares.



## **ARTICULO 19 - DE LA ANTIGUEDAD REQUERIDA**

La antigüedad necesaria para la utilización de la presente Cobertura de "Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica", esta dada de acuerdo a las detalladas en las Condiciones Particulares de la presente póliza en la cláusula 5

## **ARTICULO 20 – CARENCIAS**

Se entiende por carencia el tiempo durante el cual cada asegurado esta privado de recibir cobertura. La carencia mínima se fija en dos (2) ciclos mensuales contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de este contrato o de la incorporación de los Asegurados, lo que sea posterior.

Carencias para contrataciones con declaración de salud: La Compañía podrá fijar carencias máximas de hasta 12 meses.

Carencias para Contrataciones donde no medie declaración de salud: La Compañía podrá fijar carencias máximas de hasta 18 meses.

Para la nomina del plan cubierto al inicio de la cobertura de Seguros, se respetará el período de carencia por correr establecido por la Contratante.

Para los nuevos miembros del plan se aplicará el período de carencia definido correspondiente y los que sean pactados en cada caso con la empresa de medicina Prepaga y/o el Contratante.

La Compañía no estará obligada a reembolsar los gastos médicos que se ha obligado a pagar en virtud del presente contrato, en el evento que los asegurados al momento de suscribir o incorporarse a la Prepaga, y durante el periodo de carencia pactado, contados desde la fecha de vigencia inicial o de su incorporación a la Prepaga, según corresponda, tengan o hayan tenido alguna patología que requiere alguno de los tratamientos cubiertos, o que estén sometidos a un proceso de estudio de diagnóstico de enfermedades que posteriormente requiera efectuarse alguna intervención cubierta.

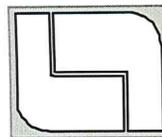
Por consiguiente, cualesquiera de las enfermedades que un asegurado tenga o haya tenido antes o se encuentre en proceso de estudio de diagnóstico al momento de suscribir o incorporarse a este seguro, o durante los primeros 90 días contados desde la vigencia inicial del seguro, y que posteriormente requiera efectuarse alguna intervención, se considerará para todos los efectos como una enfermedad vigente, no curada ni sanada, quedando en tales casos automáticamente sin efecto este seguro respecto de dicho asegurado, sin dar derecho a indemnización o reembolso alguno. En tales caso el contratante tendrá derecho a que se le devuelvan sin intereses las primas pagadas por este seguro respecto de ese asegurado.

Para los efectos de la aplicación de los incisos anteriores no podrá esgrimirse el hecho de que el asegurado, o su representante, no hayan tomado un cabal conocimiento de las enfermedades que tenga o haya tenido. En estos casos, se aplicarán derechamente dichos incisos, pues prevalecerá el hecho cierto de la existencia de la enfermedad, por sobre el conocimiento que de ella tenga o hubiere tenido el asegurado, aún cuando este último haya obrado de buena fe.

## **ARTICULO 21 - TOPE DE BENEFICIOS**

La cobertura que se otorga se acompaña con topes de beneficio de acuerdo a lo que figura en el Listado Valorado de Prestaciones y en el detalle de Riesgos Cubiertos que figura en las Condiciones Particulares.

Existe un tope de beneficio general, por el cual la cobertura no podrá exceder el máximo tope de beneficio indicado en las Condiciones Particulares incrementado en un 50% (cincuenta por ciento).



Los topes de beneficio son por asegurado y por doce ciclos mensuales corridos de vigencia de la póliza contados a partir del momento en que cada asegurado comienza a gozar de los beneficios de la póliza.

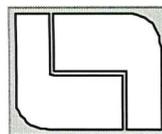
## **ARTICULO 22 – AUDITORIA**

Los Asegurados facultan a la Compañía para que, en caso de cualquier siniestro requiera información sobre el tratamiento recibido, autorizando a profesionales médicos intervinientes para que la entreguen a la Compañía, la que se compromete a mantener toda información recibida en absoluta reserva.

## **ARTICULO 23 – EXCLUSIONES**

Quedan excluidos de la cobertura de este contrato todos los gastos que no correspondan a la recuperación de la salud y aquello que aunque correspondan a ello sean originados por:

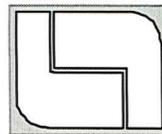
- A. Todo procedimiento medico o quirúrgico, inclusive consulta medica, ya sea ambulatoria o en internación, realizado para diagnosticar o tratar enfermedades y/o sus secuelas que tengan origen en:
1. La participación del Asegurado en hechos de guerra, civil o internacional, rebelión, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, guerrilla, terrorismo, huelga y lock-out.
  2. Actos, calificados como delito por ley, en los que el Asegurado tomó participación activa en su comisión.
  3. Fenómenos naturales considerados catástrofes, epidemias oficialmente declaradas y accidentes producidos por elementos radioactivos.
  4. Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales
  5. Accidentes cubiertos por seguros obligatorios o voluntarios que actúen como tales. En estos casos, como principio general, sólo después que el Asegurado haya percibido los beneficios del seguro que corresponda, la Compañía otorgará cobertura – siempre que ello no colisione con las otras condiciones del contrato, especialmente en lo que se refiere a exclusiones y carencias – deduciendo de su cálculo lo que haya sido cubierto por los mencionados seguros. En los casos de accidentes que se mencionan en este apartado, el Asegurado podrá optar por recibir la cobertura inmediata por parte de la Compañía – cuando ella corresponda de acuerdo con las restantes condiciones de este contrato – siempre que ceda a la Compañía los derechos que permitan a ésta, subrogándose en ellos, accionar contra el responsable del accidente y/o la compañía de seguros que le cubrirá riesgos contra terceros a dicho responsable.
  6. Alcoholismo y drogadicción, incluyendo sus consecuencias o patologías derivadas del consumo del alcohol o drogas
  7. Ingestión voluntaria de medicamentos en dosis superiores a las indicadas con fines terapéuticos, productos biológicos o sustancias tóxicas o venenosas, así como lesiones autoinferidas o intentos de suicidio.
  8. Aborto provocado
  9. Tratamientos de infertilidad o esterilidad femenina o masculina y tratamiento cuyo objetivo sea conseguir la fertilidad o la fertilización o embarazo de la mujer.
  10. Acciones con fines de embellecimiento, cualquiera sea la técnica o procedimiento que se utilice, incluyendo tratamiento para adelgazar.



11. Por lesiones sufridas en actividades deportivas profesionales
12. Por lesiones sufridas por navegación aérea, como piloto o navegación submarina de cualquier clase.
13. Por lesiones sufridas por la práctica de boxeo, lucha, levantamiento de pesas, paracaidismo, esquí, hockey, carrera de autos, motociclismo, carreras en la nieve y otros deportes de alto riesgo.
14. Por lesiones o enfermedades sufridas por un accidente nuclear.
- B. Enfermedad o Trastorno Mental: queda excluido también el cuidado debido a una condición mental sin causa orgánica o trauma y/o crisis emocional. Esta exclusión no se aplica a casos de senilidad o casos de enfermedad de Alzheimer, los que están cubiertos.
- C. Otras exclusiones: no se pagarán beneficios por cuidados en los siguientes casos:
  1. Cuando el tratamiento sea provisto por una institución del Gobierno, a menos que así se la requiera por ley
  2. Cuando el tratamiento no esté incluido en el plan de cuidado indicado por el facultativo tratante.
- D. Lentes de contacto
- E. Toda consulta técnica o procedimiento que no sea de medicina alópata, tales como: medicina naturista, homeopática, acupunturista, etc., así como tratamientos médicos o quirúrgicos, cualesquiera sea la técnica o procedimiento, realizado por profesionales o técnicos no certificados y/o certificados y toda internación con fines de reposo que no tenga como objetivo la recuperación de la salud.
- F. Aquellos gastos médicos ambulatorios y de internación directamente relacionados con aquellas enfermedades expresamente excluidas de cobertura por las partes.
- G. Atención particular de enfermería, sea o no domiciliaria, salvo aquella que se otorgue como complemento del servicio de internación domiciliaria que la Compañía pueda ofrecer.
- H. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.
- I. Intervención quirúrgica producto de intento de suicidio, cualquiera sea la época en que ocurra o por lesiones inferidas al asegurado por sí mismo o por terceros con su consentimiento.
- J. Intervención quirúrgica producto de enfermedades preexistentes.
- K. Periodo de carencia: los beneficios de cualquier combinación de cuidados prolongados están excluidos hasta que el Adherente haya satisfecho el periodo de carencia establecido en la cláusula de Antigüedad de las condiciones particulares. Un nuevo período de carencia no tendrá que ser satisfecho por: 1) Cambios de tipo de cuidados que pudiese necesitar. 2) Cuidados prolongados por una condición recurrente.

## **ARTICULO 24 – AGRAVACION DEL RIESGO**

El Contratante y/o el Asegurado Titular deberá comunicar por escrito a la Compañía, antes de que se produzca, cualquier cambio o desempeño paralelo de profesión, ocupación o actividad de los Asegurados que agrave el riesgo asumido por la Compañía, entendiéndose por tal:



- a) La práctica, profesional o no, de deportes particularmente peligrosos, por ejemplo: acrobacia, boxeo profesional, caza mayor, caza o exploración subacuática, doma de potros o de otros animales no domesticados y de fieras, u otras actividades de análogas características.
- b) Participación como conductor o integrante de equipo en competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- c) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- d) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero en servicios de transporte aéreo autorizado.
- e) Intervención en otras ascensiones aéreas.
- f) Participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montañas, o practica de paracaidismo o aladeltismo.
- g) La dedicación profesional a armado de torres, buceo, sustitución de actores o actrices en calidad de doble, doma de potros u otros animales, conducción de personal como guía de montaña, jockey, manipuleo de explosivos, tareas en fabricas como usinas o laboratorios con exposición a radiaciones atómicas u otras profesiones, ocupaciones o actividades de análogas características.

La Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días de recibida la comunicación, rescindir el seguro, si los cambios de profesión, ocupación o actividad del Asegurado agravaran el riesgo de modo tal que, de existir en el momento de la contratación, la Compañía no hubiere emitido la póliza.

## **ARTICULO 25 – PAGO DE LA PRIMA**

El Contratante y/o el Tomador y/o el Asegurado Titular asume la obligación de abonar a la Compañía una prima mensual por la cobertura pactada en este contrato. El pago deberá ser efectuado, por mes adelantado, del primero (1º) al veinte (20) de cada mes en las oficinas de la Compañía o a cobradores específicamente autorizados por la Compañía o mediante los procedimientos de débito automático, o a través de cualquier otro mecanismo que convengan la Compañía y/o el Contratante y/o Administrador y/o el Asegurado Titular.

## **ARTICULO 26 – DISCONTINUACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS**

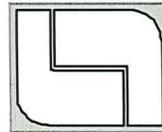
La falta de pago de cualquier cuota de prima dentro del plazo establecido producirá la mora automática y consecuentemente la suspensión de la cobertura. Pasados sesenta (60) días desde el comienzo de la mora y de persistir la misma, la Compañía podrá automáticamente rescindir y dejar sin efecto la póliza por el mero vencimiento de dicho plazo.

## **ARTICULO 27 – REHABILITACION**

Si la póliza hubiera sido anulada o rescindida, el Contratante o Tomador podrá obtener su rehabilitación dentro de un plazo de cuatro (4) meses, restituyéndola a sus términos originales, siempre que pague todas las primas vencidas hasta la fecha de rehabilitación, así como también los gastos que se originen.

## **ARTICULO 28 – OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO TITUTLAR**

Sin perjuicio de las que específicamente se convienen en el presente contrato, el Contratante y/o Tomador y/o el Asegurado Titular asumen las siguientes obligaciones:



- a) Deberá informar a la Compañía sobre todo cambio que se produzca respecto a los datos personales, tanto propios como de los Asegurados adicionales, informados al momento de suscribir el presente contrato, dentro de los treinta (30) días de producida dicha modificación.
- b) Deberá presentarse a la Compañía la documentación original – recibos, facturas, comprobantes avalatorios de la realización del procedimiento médico y/o quirúrgico y/o de la práctica de diagnóstico y/o tratamiento donde figure el nombre del paciente, la fecha y lugar de cada una de las prestaciones, los honorarios profesionales y el diagnóstico y tratamiento en cada caso – para resolver respecto a pedidos de reintegros o beneficios. Dicha presentación deberá realizarse dentro de los treinta (30) días corridos de la fecha en que se origina la prestación.
- c) Como condición para recibir Autorización para Atención, en los casos en que ella resulte necesaria para acceder a las coberturas, deberá presentarse a la Compañía la respectiva indicación médica, como el Asegurado, estén debidamente identificados y abonarse, cuando corresponda, el monto de la prestación no cubierto por su póliza. Dichos formularios serán dispensados por cada profesional médico.

## **ARTICULO 29 – RESPONSABILIDAD**

El Asegurado Titular y los Asegurados Adicionales asumen la total responsabilidad por sus decisiones con respecto a la elección de centros prestacionales y profesionales médicos tratantes y al consentimiento tácito o explícito que otorgan para realización de prácticas médicas.

Queda expresamente convenido que la responsabilidad del Asegurador queda limitada a abonar la suma asegurada siempre que la intervención médica este debidamente autorizada por la Ley correspondiente.

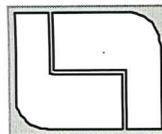
## **ARTICULO 30 – RECLAMOS POR ACTOS U OMISIONES DE PRESTADORES**

El Contratante o Tomador, el Asegurado Titular, los Asegurados Adicionales y/o sus derecho habientes se comprometen a mantener a la Compañía indemne por todos los actos u omisiones de los prestadores que pudieran dar lugar a reclamos. Si la Compañía indemnizará, por algún acto u omisión de un prestador, al Asegurado Titular y/o a los Asegurados Adicionales, estos subrogarán todos sus derechos contra dicho prestador a favor de la Compañía hasta el monto total de dicha indemnización.

## **ARTICULO 31 – CAUSALES DE RESCISIÓN**

Tanto la Compañía como el Contratante y/o Administrador y/o el Asegurado Titular se reservan el derecho de rescindir este seguro, sin expresión de causa en cualquier momento, dando aviso por escrito con anticipación no menor a sesenta (60) días. Sin embargo, declarada la rescisión, la Compañía cubrirá los gastos para la recuperación de la salud, según lo estipulado en este contrato, que correspondan a contingencias denunciadas durante la vigencia de la cobertura. Al rescindirse la cobertura del Asegurado Titular automáticamente también se rescinde la de los Asegurados Adicionales.

Además, este seguro quedará rescindido y sin valor alguno, sin perjuicio del Artículo 4, en los siguientes casos:



1. Por renuncia del Asegurado Titular a continuar asegurado
2. Cuando los Asegurados Adicionales pierdan su condición de tal, según define el artículo 1
3. Por cesantía o retiro voluntario del empleo, en los casos que el Asegurado Titular integre una póliza contratada a través de su empleador.
4. Por haber dejado de integrar el sistema agrupado.
5. Por culpa o dolo del Asegurado.

## **ARTICULO 32 – MODIFICACIONES DE COBERTURA**

Los beneficios cubiertos por este contrato, los toques de beneficios especificados en el LVP y las Condiciones Particulares y las primas correspondientes, podrán ser modificados por la Compañía en función del incremento del costo de los servicios cubiertos por esta póliza.

La Compañía informará al Contratante, Administrador del sistema agrupado o al Asegurado Titular las nuevas condiciones con una anticipación no menor de treinta (30) días a la fecha que las mismas comiencen a regir.

## **ARTICULO 33 - COBERTURA MEDIDA DE LA PRESTACION**

Las coberturas ofrecidas en la presente póliza son anuales. No se aceptarán transferencias de derechos de una persona a otra. Así mismo no podrán transferirse los derechos de coberturas no utilizadas de un año a otro.

Se limita hasta la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, la cobertura de cada uno de los tratamientos, trasplantes o prestaciones cubiertas por la presente póliza, para la cual la junta o equipo de médicos fiscalizadores determinará la prestación médica correspondiente y la eventual cobertura hasta el límite de la suma asegurada.

El Asegurador se obliga a resarcir, conforme al presente contrato, el daño o la prestación justificada por el Asegurado y en el que haya mediado la autorización correspondiente, sin incluir el lucro cesante, ni la Responsabilidad Civil o Penal Profesional o Institucional que pudiera resultar de la referida intervención o relación médico – paciente.

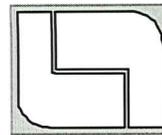
## **ARTICULO 34 – ARBITRAJE**

Si entre el Asegurado Titular y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos y condiciones de este póliza, así como en evaluación o liquidación de cualquier indemnización dicha controversia se deberá someter a un tribunal profesional, compuesto de dos miembros elegidos uno por cada parte, que a su vez elegirán un tercero, los cuales deberán producir dictamen dentro de un período no mayor de sesenta (60) días contados a partir del momento de la aceptación de formar parte del Tribunal, cuyos informes sobre el caso y sus conclusiones serán **inapelables.**

## **ARTICULO 35 – DUPLICADOS DE POLIZA O DE CERTIFICADO**

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Contratante, Administrador o Asegurado Titular respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado. Las modificaciones o suplementos que se incluyen en el duplicado serán los únicos válidos.

# ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



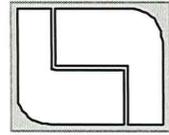
Israel 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono: (21) 215.086  
Fax: (21) 222 217  
E mail: asepassa@pla.net.py  
Asunción - Paraguay

## **ARTICULO 36 – IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES**

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción creadas o a crearse en el futuro o los aumentos de los ya existentes, estarán a cargo del Contratante, Administrador o Asegurado Titular, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.



ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico



## ***POLIZA DE SALUD PARA GASTOS MEDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MEDICA***

### **CONDICIONES GENERALES**



## **LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES**

**CLAUSULA 1** - Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capitulo XXIV, Titulo II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.

En caso de discordancia entre las condiciones de cobertura de esta póliza, predominarán las Condiciones Particulares y Anexos sobre las Condiciones Especificas, éstas sobre las Condiciones Generales Comunes y las mismas sobre las Condiciones Generales.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos del Código Civil, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

## **PROVOCACION DEL SINIESTRO**

**CLAUSULA 2** - El Asegurador queda liberado si el Asegurado y/o Beneficiario provoca, por acción u omisión, el siniestro, dolosamente o con culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (*Art. 1609 C. Civil*).

## **PLURALIDAD DE SEGUROS,**

**CLAUSULA 3** - Quien asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, notificará dentro de los (10) diez días hábiles a cada uno de ellos los demás contratos celebrados, con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de nulidad, salvo pacto en contrario.

Salvo estipulaciones especiales en el contrato o entre los Aseguradores, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida.

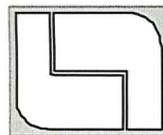
El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, serán anulables los contratos celebrados con esa intención, sin perjuicio del derecho de los Aseguradores a percibir la prima devengada en el periodo durante el cual no conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración del contrato (*Art. 1606 y Art. 1607 C. Civil*).

## **RETICENCIA O FALSA DECLARACION**

**CLAUSULA 4** - Toda declaración falsa, omisión o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace anulable el contrato.

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

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



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

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

## RESCISION UNILATERAL

**CLAUSULA 5** - Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de (15) quince días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (*Art. 1562 C. Civil*).

## AGRAVACION DEL RIESGO

**CLAUSULA 6** - El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (*Art. 1580 C. Civil*).

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (*Art. 1581 C. Civil*).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de (7) siete días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (*Art. 1582 C. Civil*).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de (1) un mes, y con preaviso de (7) siete días. Se aplicará el Artículo 1582 de Código Civil, si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

Si el Tomador omite denunciar la agravación, el Asegurador no está obligado a su prestación si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, excepto que :

- a) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerse la denuncia (*Art. 1583 C. Civil*).

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

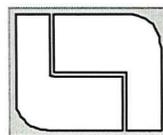
- a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b) En caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (*Art. 1584 C. Civil*).

## PAGO DE LA PRIMA

**CLAUSULA 7** - La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (*Art. 1573 C. Civil*).

En el caso que la prima no se pague contra la entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en el presente contrato.

En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (*Art. 1574 C. Civil*).



## FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

**CLAUSULA 8** - El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, solo esta facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o sus prorrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.

Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (*Art. 1595 y Art. 1596 C. Civil*).

## CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS

**CLAUSULA 9** - El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Artículo 1579 del Código Civil.

## VERIFICACION DEL SINIESTRO

**CLAUSULA 10** - El Asegurador podrá designar uno o mas expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete al Asegurador; es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado está obligado a justificar por medio de sus títulos, libros y facturas o por cualquiera de otros medios permitidos por leyes procesales, la existencia y el valor de las cosas aseguradas en el momento del siniestro, así como la importancia del daño sufrido; pues la suma asegurada solo indica el máximo de la responsabilidad contraída por el Asegurador y en ningún caso puede considerarse como prueba de la existencia y del valor de las cosas aseguradas.

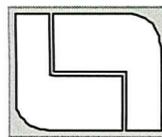
El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluación en cuanto al daño, su valor y sus causas y exigir del Asegurado testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

## GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR

**CLAUSULA 11** - Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Asegurado. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Asegurado (*Art. 1614 C. Civil*).

## REPRESENTACION DEL ASEGURADO

**CLAUSULA 12** - El Asegurado podrá hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño y serán por su cuenta los gastos de esa representación (*Art. 1613 C. Civil*).



## ANTICIPO

**CLAUSULA 13** - Cuando el asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado, éste puede reclamar un pago a cuenta si el procedimiento para establecer la prestación debida no se hallase terminado un mes después de notificado el siniestro. El pago a cuenta no será inferior a la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el Asegurador.

Cuando la demora obedezca a omisión del Asegurado, el término se suspende hasta que éste cumpla las cargas impuestas por la ley o el contrato (*Art. 1593 C. Civil*).

## SUBROGACION

**CLAUSULA 14** - Los derechos que correspondan al Asegurado contra un tercero, en razón del siniestro, se transfieren al Asegurador hasta el monto de la indemnización abonada. El Asegurado es responsable de todo acto que perjudique este derecho del Asegurador.

El Asegurador no puede valerse de la subrogación en perjuicio del Asegurado (*Art.1616 C. Civil*).

## VENCIMIENTO DE LA OBLIGACION DEL ASEGURADOR

**CLAUSULA 15** - En los seguros de personas el pago se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (*Art.1591 C. Civil*).

## MORA AUTOMATICA

**CLAUSULA 16** - Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto (*Art.1559 C. Civil*).

## PRESCRIPCION

**CLAUSULA 17** - Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. (*Art. .666 C. Civil*).

## DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES

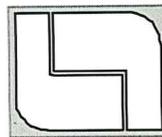
**CLAUSULA 18** - El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato, es el último declarado (*Art.1560 C. Civil*).

## COMPUTO DE LOS PLAZOS

**CLAUSULA 19** - Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

## PRORROGA DE JURISDICCION

**CLAUSULA 20** - Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (*Art.1560 C. Civil*).



## ANEXO Nro. 1

### LISTADO VALORADO DE PRESTACIONES

#### 1. TRANSPLANTES

MEDULA ÓSEA

CORAZÓN

HÍGADO

PULMÓN

CORAZÓN Y PULMÓN

RIÑÓN

CORNEA

PRE-TRANSPLANTE

En los casos de transplantes múltiples habrá sumatoria de los montos reconocidos por cada órgano.

Se pagará la suma asegurada detallada en el anexo I, en caso de transplante de los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Hígado, Médula Osea, Córnea y Riñón, en los casos debidamente autorizados por la Ley. No se cubren padecimientos congénitos para los transplantes anteriormente enunciados.

#### 2. DIALISIS RENAL

Hemodiálisis Crónica

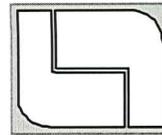
**Suma Asegurada :**  
**Cobertura Máximo :**  
**Cobertura Total :**

#### Incluye :

- Honorarios médicos y derechos sanatoriales de la prestación
- Materiales descartables de uso habitual en el tratamiento: Filtros de diálisis guías arteriales y venosas - agujas para fístula a-v - jeringas y agujas descartables - guías de suero.
- Medicamentos: (empleados durante la sesión) Heparina, solución fisiológica, polivitamínicos, soluciones hipertónicas, analgésicos, antieméticos, antiespasmódicos, antiestamínicos, corticoides, antihipertensivos.



# ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



Israel 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono: (21) 215.086  
Fax: (21) 222 217  
E mail: asepasa@pla.net.py  
Asunción - Paraguay

- Laboratorio de rutina :
  - Mensual : Hemograma, urea, creatinina, TGP, TGO, fósforo, calcio, fosfatasa, alcalina, ionograma.
  - Trimestral : Proteinograma, lipidograma, glucemia, ácido úrico.
  - Semestral : AntiHIV, HBsAG, AntilCV

## Exclusiones

Internaciones, cirugía de accesos vasculares, entropoyetina y vitamina D inyectable, otras prácticas no mencionadas.

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

**Suma Asegurada :**  
**Cobertura Máximo :**  
**Cobertura Total :**

## Incluye:

- Periodo de preparación y colocación de catéter  
Información y evaluación a cargo del equipo medico de enfermería y psicología  
Colocación de catéter T Enckhoff, confección del túnel subcutáneo y fijación del mismo.
- Periodo de entrenamiento.  
Control mensual y cambio de set de transferencia.  
Control medico de enfermería mensual de rutina.  
Control de laboratorio de rutina.  
Todas las consultas medicas y técnicas que no necesiten internación  
Control nutricional y psicológico.  
Servicio de guardia de enfermería y médica (pasiva).



## 3. PRÓTESIS

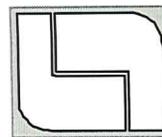
### **TRAUMATOLOGICAS**

Cadera  
Reemplazo parcial  
Reemplazo total cementado  
Reemplazo total no cementado  
Rodilla  
Columna  
Pierna ortopédica  
Brazo ortopédico  
Tutor externo para miembro Superior e inferior  
Prótesis para osteosíntesis Compleja  
Prótesis para osteosíntesis Simple

### **CARDIOLÓGICAS**

Válvula cardíaca  
Prótesis valvulares  
Marcapasos  
STENT

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO GUILERA S.  
Gerente Técnico



## OFTALMOLOGICAS

Prótesis ocular

## OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Audífonos

Prótesis auricular

Otros pistones, diábolos y materiales

## MAMARIAS

Externo (Post mastectomía )

## NEUROQUIRURGICAS

Válvula de drenaje para hidrocefalia

### 4. NEUROCIURUGÍA

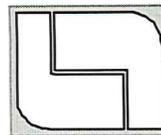
**Operaciones en el Sistema Nervioso. Prestaciones y servicios incluidos durante toda la permanencia en internación.**

**Definición :** Es el conjunto de prácticas neuro-quirúrgicas de alta complejidad con tecnología de avanzada que se realicen en el encéfalo o en su continente craneal o bien en la médula espinal o en su continente osteoligamentario.

**Incluye :** Durante el período de Internación, salvo mención específica.

- Internación prequirúrgica (uno o más días según corresponda).
- Internación quirúrgica (Sala, UTI, Recuperación).
- Pensión, derechos clínicos y quirúrgicos.
- Honorarios del equipo profesional y técnico actuante.
- Consultas y Prácticas Médicas (especialistas, UTI, interconsultas).
- Laboratorio bioquímico.
- Radiología - Diagnóstico por imágenes: TAC, RNM, Ecografías, Arteriografías.
- Anatomía Patológica.
- Hemoterapia y Hematología.
- Prácticas neurofisiológicas: EEG, Holter.
- Prácticas cardiológicas: ECG, Holter.
- Medicina Nuclear.
- Prótesis y válvulas.
- Prestaciones odontológicas (complementarias de la cirugía programada).
- Medicamentos excepto los excluidos taxativamente.
- Honorarios y gastos de Anestesia.
- Material descartable.
- Sustancias de contraste.
- Reintervenciones por complicaciones ocurridas durante la internación en el postoperatorio inmediato.
- Monitoreo cardiovascular en quirófano.
- Monitoreo neurofisiológico según demanda.
- Instrumentadores.
- Consumo de oxígeno y gases de uso médico durante la anestesia.
- Insumos corrientes y especializados para la neurocirugía: suturas, clips, ceras, etc.
- Utilización de microscopio, equipos e instrumental especializado.





- Láser para micro neuroquirúrgico.
- Localización y planificación para estereotaxias.
- Cavitación (cavitrom) ultrasónica.
- Resonancia magnética nuclear, tomografía axial computada y/u otro método diagnóstico necesario durante la internación en el postoperatorio y como consecuencia de complicaciones o vinculadas a la patología asistida.
- Hemodinamia.
- Fisiokinesioterapia.

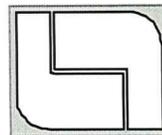
## Prácticas Quirúrgicas :

### • Operaciones en el cráneo

- **01.01.01:** Tratamiento quirúrgico del encefalomeningocele - cráneo bífido - de las malformaciones de la charnela occipitoatloidea y otras malformaciones de la región.
- **01.01.02:** Tratamiento quirúrgico de la craneostenosis (en uno o dos tiempos).
- **01.01.03:** Craneoplastias con injerto óseo o protésicas (incluye eventual toma de injerto).
- **01.01.04:** Reducción abierta de fractura de cráneo con elevación o extracción de fragmento.
- **01.01.05:** Escisión de lesión tumoral, infecciosa, parasitaria, etc. de hueso del cráneo (con o sin compromiso de estructuras vecinas).
- **01.01.06:** Descompresión orbital unilateral o descompresión subtemporal. Por similitud descompresión de fosa posterior o supratentorial u orbitaria bilateral.

### • Operaciones intracraneanas

- **01.02.01:** Ventriculocisternostomías (apertura de las láminas terminales, ventriculares magna y otras similares) como única operación.
- **01.02.02:** Derivación ventriculoauricular derecha (ventriculoatriostomía). Derivación ventrículo peritoneal o similar (válvula de Puden, válvula de Holster, válvula de Hakin o similares) como única operación.
- **01.02.03:** Revisión de válvula derivativas o restitución parcial o total.
- **01.02.04:** Lobectomía parcial o total por traumatismo o epilepsia.
- **01.02.05:** Tractotomía espinotalámica, trigeminal o mesencefálica. Cingulectomías o similares a saber: leucotomía, leucotomías radicales, leucotomía selectiva (topectomía, cingulectomía, girectomías y otros de semejante complejidad).
- **01.02.06:** Tratamiento quirúrgico de los aneurismas y malformaciones arteriovenosas intracraneales (aneurismas, malformaciones arteriovenosas y fístulas carótidocavernosa).
- **01.02.07:** Evacuación por punción de colección intercerebral, epidural, subdural y/o subaracnoidea (hematoma, hidroma, absceso, etc.)
- **01.02.08:** Craneotomía exploradora, con o sin biopsia, evacuación de colección intracerebral, epidural, subdural y/o subaracnoidea, extracción cuerpo extraño, etc.)
- **01.02.09:** Reparación plástica de senos craneales y/o meninges. Rinolicuorrea, otolicuorrea, neuromocefalia, fistulas (por craneotomía).
- **01.02.10:** Escisión de lesión tumoral intracraneana (neoplasia benigna o maligna, cualquiera sea su ubicación), absceso, hematoma, quiste, etc. de las siguientes infecciones: selar (hipófisis transeptoefenoidal), fosa posterior, pineal, tercer ventrículo, meningiomas, tec con o sin lobectomía, restos de hemisferios y ventrículos cerebrales.



## Operaciones de nervios intracraneales

- **01.04.01:** Neurotomía o descompresión retrogaseriana de la raíz sensitiva trigeminal intra o extradural con abordaje temporal o por fosa posterior.
- **01.04.02:** Neurólisis transoval del trigémino.
- **01.04.03:** Neurotomía del intermediario, vestibular o glosofaríngeo (abordaje por fosa posterior).
- **01.04.04:** Intervenciones sobre nervios ópticos.

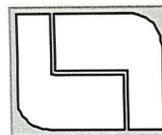
## Operaciones en el Sistema Vertebro-Medular

- **01.03.01:** Reparación de defectos congénitos del complejo vertebromeningomedular, espina bífida con meningocele, diastomielia, diastohematomielia, etc.
- **01.03.02:** Tratamiento quirúrgico de las lesiones adquiridas del complejo vertebromeningomedular, escisión, exploración, evacuación de colecciones, liberación de adherencias, cuerpo extraño. Evacuación de colecciones en el espacio epidural, subdural y/o subaracnoideo (escisión de tejido tumoral, infeccioso o parasitario, absceso, hematoma, higroma) y/o extracción de cuerpo extraño, intra o extramedular. Liberación quirúrgica medulorradicular de procesos adherenciales crónicos (aracnoiditis espinales, paquimeningitis espinal hipertrófica).
- **01.03.03:** Extirpación o ligadura de aneurismas o malformaciones arteriovenosas medulares.
- **01.03.04:** Cordotomía espinotalámica, cordotomía anterolateral, mielotomía comisural, cordotomía posterior.
- **01.03.05:** Rizotomía, radicotomía posterior. Sección de ligamentos dentados.
- **01.03.50:** Reparación de defectos congénitos de la columna vertebral, asociado o no a alteraciones meníngeas y/o medulares (espina bífida oculta, con meningocele o mielomeningocele).
- **01.03.51:** Exploración de la médula espinal (con o sin biopsia).
- **01.03.52:** Reducción simple de fractura de raquis, con elevación o extracción de fragmentos.
- **01.03.54:** Escisión de lesiones vertebrales tumorales, infecciosas, parasitarias, etc. (con o sin biopsia).

## Exclusiones

- Pacientes con hemofilia y otras discrasias sanguíneas o inmunológicas.
- Esterotaxias.
- La provisión o reposición de sangre, la que queda a cargo exclusivo del beneficiario.
- Re-intervenciones quirúrgicas por causas ocurridas después del alta aún cuando estén vinculadas a la operación realizada.
- Cirugías no vinculadas a la neurocirugía programada.
- Psicopatologías.
- Extras del paciente y/o de sus acompañantes.
- Traslado de pacientes.
- Medicamentos: Inmunosupresores e Inmunomoduladores, Interferones, Oncoblásticos, Eritropoyetina, Filgrastin, Molgramostin, Sustitutos y Expansores Plasmáticos, Albúmina Humana, Inmunoglobulinas Intravenosas, Productos Antihemofílicos, Drogas Antisidóticas, Antibióticos de última generación y para perfusión y todo otro medicamento no vinculado al módulo.





- Medicamentos de propaganda masiva y/o de venta libre.
- Intervenciones y prácticas neuroradiológicas como único tratamiento.

## 5. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

### 5.1 SIN CIRCULACION EXTRACORPÓREA

#### PRESTACIONES Y SERVICIOS INCLUIDOS DURANTE TODA LA PERMANENCIA EN INTERNACIÓN

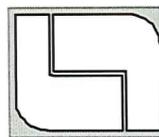
**Incluye:** Durante el período de Internación, salvo mención específica.

- Internación prequirúrgica (uno o más días según corresponda).
- Internación quirúrgica (Sala, UTI, Recuperación).
- Pensión, derechos clínicos y quirúrgicos.
- Honorarios del equipo profesional y técnico actuante.
- Consultas y Prácticas Médicas (especialistas, UTI, interconsultas).
- Laboratorio bioquímico.
- Radiología - Diagnóstico por imágenes.
- Anatomía Patológica.
- Hemoterapia.
- Prótesis.
- Prestaciones odontológicas (complementarias de la cirugía programada).
- Medicamentos excepto los excluidos taxativamente.
- Honorarios y gastos de Anestesia.
- Material descartable.
- Sustancias de contraste.
- Reintervenciones por complicaciones ocurridas durante la internación en el postoperatorio inmediato.
- Utilización del balón de contrapulsación.
- Práctica Cardiofisiológicas ECG - Holter.
- Monitoreo cardiovascular en quirófano.
- Monitoreo y Prácticas neurofisiológicas EEG - Holter.
- Instrumentadores.
- Consumo de oxígeno y gases de uso médico durante la anestesia.
- Insumos corrientes y especializados para la cirugía: suturas, clips, etc.
- Utilización de microscopio, equipos e instrumental especializado.
- Resonancia magnética nuclear, tomografía axial computada y/u otro método diagnóstico necesario durante la internación en el postoperatorio y como consecuencia de complicaciones o vinculadas a la patología asistida.
- Hemodinamia sólo en caso de complicaciones postoperatorias inmediatas o durante la intervención.
- Fisiokinesioterapia.
- Diálisis renal en agudos o crónicos durante el periodo de internación.



#### Prácticas Quirúrgicas :

- Operaciones en el corazón y pericardio sin circulación extracorpórea
  - **07.01.01:** Septostomía Interauricular -Blalock Hanlon-. Cardiostomía -con exploración, con extracción de cuerpo extraño. Valvulotomía cardíaca, pulmonar, mitral, aórtica, comisurotomía, pericardiectomía. Hasta
  - **07.01.06:** Implantación de circulación asistida externa prolongada por contrapulsación hasta cinco días. Hasta
  - **07.01.08:** Cardiorrafia. Sutura de corazón - herida, traumatismo-. Hasta



- **07.01.09:** Pericardiotomía con exploración, con drenaje, con extracción de cuerpo extraño, con descompresión, para evacuación de hematoma. Hasta
- **Operaciones de las arterias y venas de la cavidad torácica**
- **07.03.01:** Cirugía en los grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica. Anastomosis, injertos, embolectomias, cerclajes, suturas - estenosis, coartación, ductus, embolias, heridas. Hasta
- **07.03.02:** Tratamiento quirúrgico del aneurisma de aorta toraco abdominal. Hasta

## Exclusiones

- Intervenciones quirúrgicas no vinculadas a la patología.
- Pacientes con hemofilia y otras discrasias sanguíneas.
- Cardiomioplastías y trasplantes.
- Estudios hemodinámicos prequirúrgicos.
- Hemodiálisis en renales crónicos fuera del período de internación.
- Estudios o tratamientos inmunológicos.
- Marcapasos definitivos.
- La provisión o reposición de sangre, la que queda a cargo exclusivo del beneficiario.
- Insumos y medicamentos de alta complejidad prequirúrgicos.
- Plasmaferesis.
- Traslados de pacientes.
- Psicopatologías.
- Extras del paciente y/o de sus acompañantes.
- Medicamentos: Inmunosupresores e Inmunomoduladores, Interferones, Oncoblásticos, Eritropoyetina, Filgrastin, Molgramostin, Sustitutos y Expansores Plasmáticos, Albúmina Humana, Inmunoglobulinas Intravenosas, Productos Antihemofílicos, Drogas Antisidóticas, Antibióticos de última generación y para perfusión y todo otro medicamento no vinculado al módulo.
- Medicamentos de propaganda masiva y/o de venta libre.

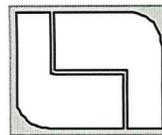


## 5.2 CON CIRCULACION EXTRACORPÓREA

### PRESTACIONES Y SERVICIOS INCLUIDOS DURANTE TODA LA PERMANENCIA EN INTERNACIÓN

**Incluye:** Durante el período de Internación, salvo mención específica.

- Internación prequirúrgica (uno o más días según corresponda).
- Internación quirúrgica (Sala, UTI, Recuperación).
- Pensión, derechos clínicos y quirúrgicos.
- Honorarios del equipo profesional y técnico actuante.
- Consultas y Prácticas Médicas (especialistas, UTI, interconsultas).
- Laboratorio bioquímico.
- Radiología - Diagnóstico por imágenes.
- Anatomía Patológica.
- Hemoterapia.
- Prótesis.
- Prestaciones odontológicas (complementarias de la cirugía programada).
- Medicamentos excepto los excluidos taxativamente.

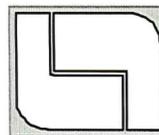


- Honorarios y gastos de Anestesia.
- Material descartable.
- Sustancias de contraste.
- Reintervenciones por complicaciones ocurridas durante la internación en el postoperatorio inmediato.
- Utilización del balón de contrapulsación.
- Práctica Cardiofisiológicas ECG - Holter.
- Monitoreo cardiovascular en quirófano.
- Monitoreo y Prácticas neurofisiológicas EEG - Holter.
- Instrumentadores.
- Consumo de oxígeno y gases de uso médico durante la anestesia.
- Insumos corrientes y especializados para la cirugía: suturas, clips, etc.
- Utilización de microscopio, equipos e instrumental especializado.
- Resonancia magnética nuclear, tomografía axial computada y/u otro método diagnóstico necesario durante la internación en el postoperatorio y como consecuencia de complicaciones o vinculadas a la patología asistida.
- Hemodinamia sólo en caso de complicaciones postoperatorias inmediatas o durante la intervención.
- Fisiokinesioterapia.
- Diálisis renal en agudos o crónicos durante el periodo de internación.

## Prácticas Quirúrgicas:

- **Operaciones en el corazón y pericardio con circulación extracorpórea**
  - **07.02.01:** Tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas complejas - tetralogía de Fallot, transposición de los grandes vasos arterioventriculares comunes, ventrículo único, atresia tricuspídea, enfermedad de Ebstein, etc. Hasta
  - **07.02.02:** Tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas complejas, con hipotermia profunda. Operación de Rastelli. Hasta
  - **07.02.03:** Reemplazo de válvula cardíaca por prótesis o injerto. Hasta
  - **07.02.04:** Doble reemplazo valvular cardíaco. Hasta
  - **07.02.05:** Reemplazo de una válvula cardíaca y plástica de otra. Hasta
  - **07.02.06:** Cierre defectos septales -auriculares y/o ventriculares-. Plásticas valvulares únicas o múltiples. Anomalías parciales del retorno venoso pulmonar. Estenosis no valvulares de la vía de salida de los ventrículos derecho e izquierdo. Ventana aorto-pulmonar. Fístula entre aorta o coronarias y cavidades cardíacas. Embolectomía de la arteria pulmonar. Extracción de cuerpos extraños en cavidades cardíacas. Escisión de tumores cardíacos. Hasta
  - **07.02.07:** Tratamiento quirúrgico de los aneurismas del cayado aórtico. Aneurisma disecante de aorta. Hasta
  - **07.02.08:** Tratamiento quirúrgico de los aneurismas de la aorta ascendente o descendente. Hasta
  - **07.02.09:** Derivación -by-pass- aorto coronaria única, doble o triple -incluye toma del injerto venoso-. Hasta
  - **07.02.10:** Derivación -by-pass- mamario coronaria. Hasta
  - **07.02.11:** Resección de aneurisma ventricular como única intervención. Hasta
  - **07.02.12:** Resección de aneurisma ventricular como complemento de la cirugía de revascularización miocárdica. Hasta





## Exclusiones

- Intervenciones quirúrgicas no vinculadas a la patología.
- Pacientes con hemofilia y otras discrasias sanguíneas.
- Cardiomioplastías y trasplantes.
- Estudios hemodinámicos prequirúrgicos.
- Hemodiálisis en renales crónicos fuera del período de internación.
- Estudios o tratamientos inmunológicos.
- Marcapasos definitivos.
- La provisión o reposición de sangre, la que queda a cargo exclusivo del beneficiario.
- Traslados de pacientes.
- Insumos y medicamentos de alta complejidad prequirúrgicas
- Plasmaferesis.
- Psicopatologías.
- Extras del paciente y/o de sus acompañantes.
- Medicamentos: Inmunosupresores e Inmunomoduladores, Interferones, Oncoblásticos, Eritropoyetina, Filgrastin, Molgramostin, Sustitutos y Expansores Plasmáticos, Albúmina Humana, Inmunoglobulinas Intravenosas, Productos Antihemofílicos, Drogas Antisidóticas, Antibióticos de última generación y para perfusión y todo otro medicamento no vinculado al módulo.
- Medicamentos de propaganda masiva y/o de venta libre.

## 6. SIDA

Suma asegurada anual por persona hasta años :

### Modulo 1A

Corresponde al estadio 1A OMS

Este modulo será también de orientación y clasificación del paciente para su incorporación al sistema en la medida que los signos y síntomas indiquen una clara posición de estadio de enfermedad.

### Prestaciones referenciales:

- Test confirmativo
- Laboratorio bioquímico
- Laboratorio infectológico
- CD4 de fluorometria
- Consultas clínicas
- Consultas Psiquiatricas
- Diagnostico por imágenes

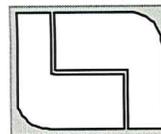
### Modulo 1B

Corresponde a estadios 1B y !C OMS

### Prestaciones referenciales :

- Idem prestaciones modulo 1A
- Laboratorio inmunológico.
- Tratamiento antiretroviral
- Tratamiento profilactico del P-Carini
- Tratamiento profiláctico del TBC





## Modulo 2

Corresponde a Estadios 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, y 3C de la OMS

### Prestaciones referenciales :

- Idem prestaciones modulo IB
- Internación institucional y domiciliaria
- Practicas de apoyo (endoscopias, biopsias, curaciones)
- Tratamiento antirretroviral, infectológico y general.
- Nutrición asistida

## Modulo 3

Corresponde a estadios 4A, 4B, y 4C de la OMS

### Prestaciones referenciales :

- Idem prestaciones modulo 2
- Alimentación parenteral
- Tratamiento oncológico.
- Todas las consultas, prácticas y tratamientos necesarios en la mujer embarazada a partir del sexto mes de gestación.
- Todas las prácticas necesarias en el recién nacido, incluyendo la confirmación antigenemia.

**Nota:** Las prestaciones incluyen la provisión de todos los medicamentos necesarios para el tratamiento de HIV y patologías vinculadas.

## 7. MEDICACIÓN :

- Oncológica
- Para hemofilia
- Inmunosupresores

Suma asegurada por persona :  
Cobertura máxima :

**Nota :** en caso que por una misma patología deban utilizarse un mismo tipo de medicación habrá sumatoria de montos reconocidos.

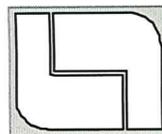
## 8. ABUSO DE SUSTANCIAS

Monto máximo por persona :  
Cobertura máxima :

### Incluye :

- Admisión (evaluación psicofísica-social del paciente y su entorno familiar y laboral )
- Internación de desintoxicación
- Internación de deshabitación
- Internación por complicaciones clínicas y psiquiátricas.
- Hospital de día.
- Tratamientos ambulatorios





## ***POLIZA DE SALUD PARA GASTOS MEDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MEDICA***

### **CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS**

#### **CLAUSULA ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

#### **ARTICULO 1 - COBERTURA**

La Compañía aseguradora bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, conviene en reembolsar al asegurado, o quién acredite haberse hecho cargo de los gastos cuyo reembolso se solicita, o en su defecto a sus herederos, los gastos médicos necesarios en que se haya incurrido dentro del país o en el extranjero, a consecuencia del tratamiento de las enfermedades cubiertas.

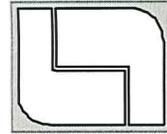
La Compañía reembolsará por cada asegurado, los gastos médicos necesarios por encima del importe establecido como "Deducible" y hasta el monto indicado como "Límite por Evento", señalados en las Condiciones Particulares de la póliza para cada uno de ellos.

Para efectos de este seguro se considerarán como enfermedades cubiertas, las siguientes:

- **Angioplastia:** significa toda intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter.
- **Cáncer:** significa una enfermedad caracterizada por la presencia de uno o varios tumores malignos cuyas células exhiben propiedades de invasión y metástasis, la cual ha sido diagnosticada como cáncer por un médico. El término "Cáncer" incluye Leucemia.
- **Cirugía cardiovascular:** significa los procedimientos de cirugía médicamente necesarios para corregir una enfermedad o condición cardiovascular. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una Enfermedad Cardiovascular de una Persona Cubierta.
- **Cirugía neurológica:** significa los procedimientos de cirugía médicamente necesarios para corregir una enfermedad o condición neurológica
- **Enfermedad(es) Cardiovascular(es):** significa una Enfermedad del Corazón y las arterias; pero excluyendo cualquier enfermedad o anomalía congénita del Corazón. No se cubre Enfermedades de las venas.

**Como enfermedad(es) cardiovascular(es), este Contrato no cubre:**

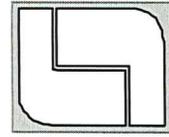
- \* tratamientos o servicios de enfermedades Cardiovasculares que **no sean quirúrgicos,**
- \* tratamientos, cirugía o servicios relacionados con un transplante de Corazón (salvo que se haya optado por la cobertura de transplante).
- **Enfermedad(es) Neurológica(s):** significa una enfermedad o condición por la cual el sistema nervioso (central o periférico), se encuentra afectado en forma primaria y ocurre principalmente dentro de las estructuras de dicho sistema. No se considera Enfermedad Neurológica a cualquier enfermedad o condición que afecte en forma secundaria al sistema nervioso (central o periférico).



Como enfermedad(es) Neurológica(s), este Contrato no cubre tratamientos o servicios de enfermedades neurológicas que sean quirúrgicos, y las enfermedades congénitas del sistema nervioso.

- **Gran Quemado:** significa la persona que ha sufrido quemaduras de más del 30% (treinta por ciento) de la superficie del cuerpo cualquiera sea el grado.
- **Hemodiálisis:** significa el proceso físico – químico mediante el cual el riñón artificial depura la sangre de las toxinas.
- **HIV positivo, portador sano:** significa la etapa inicial de infección producida por el virus HIV y que se manifiesta en una persona después de haber sido esta diagnosticada como portadora del virus HIV, que no se acompaña de síntomas que sugieran la presencia de infecciones asociadas.
- **Sida:** significa el estado avanzado de infección causada por el virus HIV, que genera importante compromiso con la aparición de infecciones oportunistas y tumores (enfermedades marcadoras).
- **Enfermedad Marcadora u Oportunista:** significa aquellas enfermedades que aparecen a consecuencia de la presencia de sangre del virus de inmunodeficiencia humana
  - ◆ Pneumocystis carinii
  - ◆ Criptococosis
  - ◆ Histoplasmosis
  - ◆ Coccidioidomicosis
  - ◆ Herpes simplex y zoster
  - ◆ Tuberculosis
  - ◆ Micobacteriosis atípicas
  - ◆ Enfermedad por citomegalovirus
  - ◆ Demencia asociada al HIV
  - ◆ Leucoencefalopatía multifocal progresiva
  - ◆ Síndrome de adelgazamiento
  - ◆ Diarrea
  - ◆ Neumonías bacterianas residivantes
  - ◆ Toxoplasmosis
  - ◆ Angiomatosis basilar
  - ◆ Salmonella no tiphy
  - ◆ Linfoma no Hodkin
  - ◆ Linfoma del sistema nervioso central
  - ◆ Sarcoa de Kaposi
  - ◆ Candidiasis esofagica
  - ◆ Cáncer de cuello uterino invasivo
- **Neonatología:** significa el cuidado del recién nacido patológico hasta los treinta (30) días del nacimiento.
- **Politraumatismo:** significa afectación de varias parénquimas y/o fracturas múltiples.
- **Prótesis:** significa piezas o aparatos que reemplazan, en forma permanente a un órgano, miembro o parte, reproduciendo sus formas y en lo posible realizando las mismas funciones.
- **Quimioterapia:** significa el uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.
- **Transplante(s) de Organo(s):** significa el procedimiento quirúrgico, Medicamento Necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se inserta en el cuerpo de una Persona Cubierta cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), de un Donante fallecido o vivo.





- **Transplante de Tejidos:** significa el procedimiento quirúrgico, Medicamento Necesario, efectuado durante el período de vigencia mediante el cual se transfiere a una Persona Cubierta Médula Ósea proveniente de un Donante, o del mismo paciente.
- **Centro de Transplante:** significa una institución, la cual:
  1. Esta licenciada y funciona como un Centro de Transplantes de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio;
  2. Está especialmente equipada para efectuar Transplantes de Organos y Transplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos transplantes;
  3. Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de Médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de Transplante de Organos y Transplante de Tejidos, y cuidados en unidades de cuidado intensivo;
  4. Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados; y
  5. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo Transplantes de Organos y de Tejidos.

El termino Centro de Transplantes no incluye una institución que sea usada principalmente como un centro para:

- a) Descanso
- b) Cuidados de custodia
- c) Cuidados de enfermería
- d) Cuidado de ancianos
- e) Cuidados de convalecencia; o
- f) Tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o mentales

## ARTICULO 2 - PREEXISTENCIA Y CARENCIA

**Preexistencia:** se cubrirán las patologías que sean contraídas con anterioridad al comienzo de vigencia de este contrato y cuyos signos o síntomas no hayan sido diagnosticados (no tengan historia clínica)

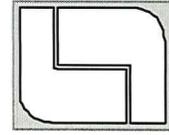
**Carencias:** se computará el período de carencia indicado en las Condiciones Particulares, entendiéndose por este al tiempo durante el cual cada asegurado no tiene derecho a beneficio. El período de carencia se fija en meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este contrato o de la incorporación de los Asegurados, la que sea posterior.

## ARTICULO 3 - RIESGOS NO CUBIERTOS

Este seguro no cubre y excluye, en cada una de las siguientes enfermedades lo siguiente:

### 1. Cáncer

- a) Cánceres in-situ del cuello uterino;
- b) Cánceres de la piel, con excepción del melonoma maligno;
- c) Tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, excepto que fuera expresamente incluido.



## 2. Enfermedades de las coronarias

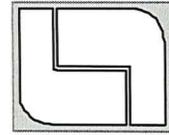
- a) Con excepción de la angioplastia del globo, cualquier otra técnica que no requiera de cirugía.

Además de lo anterior, la Compañía no cubre ni pagara los reembolsos contratados bajo este seguro, si la enfermedad cubierta ha sido causada directa o indirectamente por:

- a) Lesión o padecimiento inferido a si mismo intencionalmente por la persona asegurada o por terceros con su consentimiento;
- b) Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva;
- c) Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.

Esta póliza no cubre los cargos por cualquier servicio, tratamiento o suministro:

3. Suministro en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad, o de un trasplante de órganos o de tejido que no este cubierto bajo esta Póliza.
4. Proporcionado en relación con, o como resultado de un padecimiento congénito.
5. Considerado experimental o electivo; o que haya sido suministrado por un centro de servicios que no este reconocido como hospital o centro de trasplante;
6. Proporcionado antes o después del periodo de vigencia de esta póliza; o durante el período de carencia, tal como se define este término en la Póliza;
7. Proporcionado por un pariente cercano;
8. Proporcionado en relación con, o como resultado del síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, o como resultado de cualquier enfermedad que sea secundaria al, u originada por el SIDA, o por cualquier tratamiento proporcionado por el SIDA, incluyendo la enfermedad conocida como "Sarcoma de Kaposi" excepto que esta esté expresamente incluida;
9. Proporcionados en relación con, o como resultado de desordenes mentales, emocionales o nerviosos, alcoholismo, abuso o adición a drogas o a sustancias estupefacientes;
10. Proporcionado a recién nacidos, patológicos o no, gestados mediante los procedimientos de fertilización asistida y sus consecuencias;
11. Que exceda los gastos razonables y acostumbrados; o que no sea medianamente necesario, o el cual no hubiese sido suministrado de no existir este Contrato; o por el cual no se hayan hecho gastos; o por el que una Persona Cubierta no esté legalmente obligada a pagar;
12. Proporcionado por cirugía o tratamiento cosmético o estético, salvo que se trate de una cirugía o tratamiento reparador, consiguiente a una enfermedad o condición cubierta;
13. Incurrido por concepto de prótesis (salvo que se haya optado por su cobertura);
14. Incurrido por la compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, y cualesquiera otros artículos o equipos similares;
15. Por drogas y medicinas que no hayan sido prescritas por un médico, o para cuya obtención no se requiera una receta o prescripción de un médico, y que no tengan relación alguna con los módulos cubiertos;
16. Incurrido por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar, o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, Hospicio, asilo u hogar de ancianos, aunque tales servicios fueran requeridos o necesitados como consecuencia de alguna de las patologías cubiertas;
17. Proporcionado cuando un tratamiento alternativo o procedimientos igualmente efectivos estuviesen disponibles al paciente, para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable por la realización del trasplante;



18. Proporcionado para o como resultado de un transplante, por el cual el receptor es proporcionado de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, o cuando el donante es de especie animal.

## ARTICULO 4 - SOLICITUD DE BENEFICIOS

Diagnosticada una enfermedad cubierta en conformidad a las definiciones señaladas, el asegurado deberá dar aviso a la Compañía dentro de tres (3) días de la fecha en que tomó conocimiento, y las pruebas o antecedentes médicos que demuestran la existencia de la enfermedad deberán presentarse dentro de treinta (30) días del aviso. Si no se cumplieran estos plazos no existirá ninguna obligación por parte del Asegurador, salvo que se demuestre que la imposibilidad se debió a causa de fuerza mayor.

La Compañía aseguradora podrá verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar facilidades necesarias, sometiéndose a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos necesarios incurridos por concepto de dicha verificación serán de cargo de la Compañía.

La Compañía Aseguradora deberá pronunciarse sobre la aceptación de la existencia de una enfermedad cubierta por este seguro, dentro de los 15 (quince) días de presentadas las pruebas.

Será condición necesaria para la aceptación por parte de la Compañía de la enfermedad cubierta, que el Asegurado o sus representantes autoricen al Asegurador, para requerir ante cualquier médico, institución u otra persona que haya reconocido, examinado o asistido al Asegurado en sus dolencias, y también respecto de los que lo hagan en el futuro, de todos los antecedentes médicos, clínicos o patológicos que pudiera tener respecto del Asegurado.

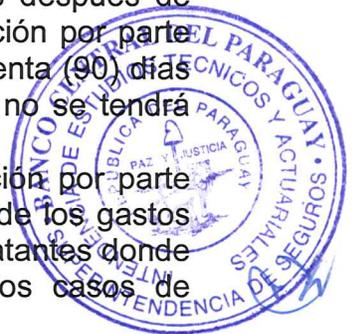
## ARTICULO 5 PROCEDIMIENTOS DE REEMBOLSOS

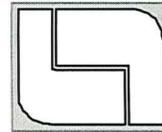
Aceptada por la Compañía las pruebas de la existencia de la enfermedad cubierta, el Asegurado tendrá derecho a solicitar los reembolsos de los gastos por él efectuados.

El numero de reembolsos de gastos médicos que podrá solicitar el Asegurado será limitado según se indique en las Condiciones Particulares bajo el concepto de "Límite Agregado Anual" y cada reembolso pagado por la Compañía será convertido a la moneda o unidad señalada y hasta el límite indicado bajo el concepto de "Límite por Evento".

Todo reembolso deberá solicitarse a más tardar noventa (90) días después de incurrido el gasto médico. Si dicho gasto ocurre antes de la aceptación por parte de la Compañía de la enfermedad cubierta por este seguro, los noventa (90) días se contarán desde este pronunciamiento. Transcurrido dicho plazo no se tendrá derecho al beneficio.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos médicos incurridos, como también las indicaciones de los médicos tratantes donde ordenan las prestaciones que originan los gastos médicos, en los casos de coberturas de reembolso.





**SALUD PARA GASTOS MEDICOS  
MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD  
MEDICA  
CERTIFICADO PARA EL  
ASEGURADO**

**POLIZA N°** \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO N°:**

**PRE PAGA, SANATORIO U HOSPITAL:**

**ASEGURADO:**

**CAPITAL ASEGURADO:**

**VIGENCIA:**

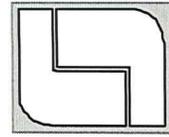
**COBERTURA:**

**Riesgos cubiertos:** la Compañía de Seguro reintegrará los gastos médicos en que incurran quienes se definan como personas cubiertas, como consecuencia de enfermedades o tratamientos establecidos: "Gastos médicos Mayores", "Alta Complejidad", "Transplantes de Organos y/o Prótesis" y "Tratamientos" u otras coberturas pactadas de antemano.

**Limites, Deducibles y Co-seguros:** la Compañía de Seguros será responsable del porcentaje establecido de los gastos médicos cubiertos por encima del importe fijado como deducible y hasta el importe que se indica como límite. Los límites deducibles y coseguros se aplican por evento, entendiéndose por evento a la suma de todos los gastos médicos incurridos y abonados por el Asegurado o el Contratante durante los 180 días posteriores a la fecha de iniciado el tratamiento del mismo, y siempre y cuando este vigente el presente contrato, para un mismo paciente y como consecuencia de un mismo hecho generador

**Exclusiones y Riesgos no cubiertos:** La presente cobertura no cubre los beneficios estipulados, cuando se originen por: intento de suicidio, enfermedades preexistentes, epidemias oficialmente declaradas por autoridad competente, lesiones provocadas por fenómenos de la naturaleza, tales como terremotos, maremotos, erupción volcánica, huracanes, etc., y que sean considerados catástrofe nacional por autoridad competente. Así mismo serán excluidos los riesgos cubiertos cuando existieran las siguientes circunstancias: guerra civil o internacional, guerrilla, sedición, rebelión o motín, terrorismo, huelga o lock out o tumulto popular; así como también las enfermedades provocadas por la dependencia del alcohol droga o sustancias químicas, salvo prescripción médica, participación en hechos delictivos u ocupaciones ilegales, lesiones sufridas en actividades deportivas profesionales, en aeronavegación, como piloto o navegación submarina de cualquier clase y participación en deportes de alto riesgo. Serán excluidas las lesiones o enfermedades sufridas por accidente nuclear, trastornos mentales, excepto la enfermedad de Alzheimer, y cuando el tratamiento o cuidado sea provisto por una institución del Gobierno, a menos que así lo requiera la ley.

# ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



Israel 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono: (21) 215.086  
Fax: (21) 222 217  
E mail: asepassa@pla.net.py  
Asunción - Paraguay

**Medida de la prestación:** las coberturas ofrecidas en la presente póliza son anuales. No se aceptarán transferencias de derechos de una persona a otra. Así mismo no podrán transferirse los derechos de coberturas no utilizadas de un año a otro. Se limita hasta la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, la cobertura de cada uno de los tratamientos, trasplantes o prestaciones cubiertas por la presente póliza, para lo cual la Junta o Equipo de Médicos fiscalizadores determinará la prestación médica correspondiente.

**Forma de denuncia:** todos los casos deberán ser comunicados, inmediatamente, por escrito por el Asegurado acompañando el Certificado del Médico tratante, a través de la Contratante o en forma directa a la Compañía y los mismos serán estudiados por la Junta Médica, compuesta por 3 (tres) Profesionales Médicos de la Contratante y la Compañía. La Junta Médica deberá evaluar todos los casos y determinará el procedimiento a seguir, el que será comunicado al Asegurado.

**Cobertura Internacional:** si el Asegurado, por orden médica, propone y la Junta Médica del Asegurado aprueba un tratamiento médico y/o quirúrgico en el extranjero, el traslado del paciente (pasaje en avión), traslado del Aeropuerto al Centro Asistencial y la estancia en el mismo (internación hospitalaria completa) quedará íntegramente cubierta por la Compañía

**Pruebas de incapacidad temporaria:** se deberá acompañar a la denuncia el dictamen completo del médico tratante y la Compañía o el Contratante podrán solicitar la opinión de como mínimo dos profesionales especialistas, diferentes a los que trataron originalmente al paciente o asegurado, con especificaciones de las lesiones causales de la incapacidad y el tratamiento a seguir, junto con el plazo estimado del tratamiento, o del reposo indicado.

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un (1) mes de haber recibido la Póliza (Art. 1556 Código Civil).



ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO GUILERA S.  
Gerente Técnico

# ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



Israel 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono: (21) 215.086  
Fax: (21) 222.217  
E mail: asepassa@pla.net.py  
Asunción - Paraguay

## Listado de Asegurados a través del Contratante:

Listado correspondiente al Mes de:

Altas y bajas de la cobertura de Salud Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad:

Contratante (Pre-Paga, Hospital o Sanatorio):

Póliza Nro:

Certif.      Nombre      Apellido      C.I. No.      Plan de Salud      Capital      Premio

Total:



ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



**ASEPASA**  
ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.

Israel N° 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono:(21) 215 086  
Fax: (21) 222 217  
Email:asepasa@pia.net.py  
Asunción - Paraguay

Póliza N°:.....

Solicitud N°:.....

Contratante:.....

Domicilio:.....

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE SALUD PARA GASTOS MEDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MEDICA**

Apellido y Nombre del Titular/Asegurado		C.I. N°:	Fecha de Nac.	Edad	Estado Civil
Domicilio Particular		Teléfono	Domicilio Comercial		Teléfono
Ocupación Actual	Fecha de incorporación al Plan		Plan de Salud		
Antigüedad en el Plan	Monto de la Cobertura	Prima del Seguro		I.V.A.	Premio

**DECLARACION DE SALUD**

Ha sido Usted alguna vez tratado para o ha tenido alguna indicación conocida de:

- a) Falta de respiración, persistencia de ronquera, o tos, escupir sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o desorden crónico respiratorio?
- b) Palpitaciones dolorosas del pecho, presión alta, fiebre reumática, murmullos en el corazón, ataque cardiaco o cualquier otro desorden del corazón o las arterias?
- c) Diabetes, tiroides o cualquier desorden glandular?
- d) Desorden de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?
- e) Uso excesivo del alcohol, tabaco o uso habitual de drogas?
- f) Cualquier desorden mental o físico no mencionado aquí?
- g) Se le ha aconsejado tomar una prueba para un diagnóstico, hospitalización para cirugía no completada?
- h) Ha sido o está siendo analizado, tratado, consultado o informado de tener SIDA?
- i) Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica grave durante los tres últimos años?
- j) Está Usted actualmente bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento recetado por un médico?

**SI NO**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Declaro haber leído el cuestionario que antecede y que las respuestas son verdaderas y como tales las reconozco, aún cuando no estuvieran escritas de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancia conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, hace nulo el seguro.

Por la presente solicito ser incluido en el Seguro de Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica y certifico la exactitud de los datos arriba mencionados.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Requiere de análisis y Chequeo médico:

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante (Asegurado) : \_\_\_\_\_ Firma del Contratante : \_\_\_\_\_

Nombre del Productor: \_\_\_\_\_ Firma del Productor: \_\_\_\_\_ Matrícula N°: \_\_\_\_\_

Controlado por:..... Autorizado por:.....

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico



**ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.**

Israel N° 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono: (21) 215 086  
Fax: (21) 222 217  
Email: asepassa@pla.net.py  
Asunción - Paraguay

PLAN INDIVIDUAL (Titular)				
PLAN FAMILIAR (Adicionales)				
Nombre y Apellido	Cédula N°	Fecha de Nac.	Plan de Salud	Cobertura

**MUESTRA**



Por la presente solicito ser incluido en el Seguro de Salud para Gastos Médicos Mayores y Alta Complejidad Médica y certifico la exactitud de los datos arriba mencionados.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Requiere de análisis y Chequeo médico: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

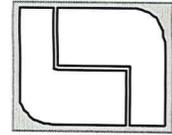
Firma del Solicitante (Asegurado) : \_\_\_\_\_ Firma del Contratante: \_\_\_\_\_

Nombre del Productor: \_\_\_\_\_ Firma del Productor: \_\_\_\_\_ Matrícula N°: \_\_\_\_\_

Controlado por:..... Autorizado por:.....

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

# ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



Israel 309 esq. Río de Janeiro  
Teléfono: (21) 215.086  
Fax: (21) 222 217  
E mail: asepara@pla.net.py  
Asunción - Paraguay

## PROPUESTA PARA EL SEGURO DE SALUD DE GASTOS MEDICOS MAYORES Y ALTA COMPLEJIDAD MEDICA

ASEGURADO o TOMADOR:.....  
(Nombre o razón social)

POLIZA

Nº:.....

ENDOSO Nº:.....

R.U.C.: .....

Emitida el:...../...../.....

Dirección:.....

VIGENCIA

..... Teléfono:.....

Desde: / /

Hasta: / /

Dirección de Cobranza:.....

Plazo:

Negocio Nuevo: ( )

Renueva a Póliza: ( )

Amplía a la Póliza: ( )

..... Teléfono:.....

CAPITAL ASEGURADO.....

### COBERTURAS

Limites por coberturas (limite anual)  
monto limite de resarcimiento

MUESTRA



PLANES MEDICOS OTORGADOS: .....

Plan médico de los Asegurados de la cobertura de Salud de Alta Complejidad:.....

Plan de Gastos Médicos Mayores: .....

Plan de Alta Complejidad directo:.....

Habilitación de la Empresa de Seguro Médico (Medicina Pre-paga):.....

### FORMA DE PAGO

PRIMA .....

Inicial .....

Gs.....

Gtos. Adm. ....

..... cuotas de .....

Gs.....

R.P.F. ....

TOTAL

Gs.....

Sub. Total .....

I.V.A. 10% .....

Asunción,..... de ..... de .....

PREMIO .....

Declaro tener conocimiento de las Condiciones Generales, Generales Comunes, Condiciones Particulares y Condiciones Especificas y Anexos de la Póliza y estar en un todo de acuerdo con ellas.

Firma del Agente

Firma del Asegurado o Tomador

Agente:.....

Matrícula Nº .....

CONTROLES Y AUTORIZACIONES

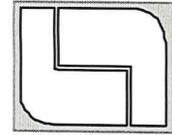
Tarifado por: / /

Autorizado por: / /

Para uso de la Compañía  
CLAUSULAS ANEXAS Nros.:  
ENDOSOS Nros.:

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
FRANCISCO AGUILERA S.  
Gerente Técnico

# ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.



Israel 309 esq. Río de Janeiro  
 Teléfono: (21) 215.086  
 Fax: (21) 222 217  
 E mail: asepassa@pla.net.py  
 Asunción - Paraguay

## GASTOS MEDICOS MAYORES

PAISES	TRATAMIENTO	INSTITUCION	LIMITE DE COBERTURA
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## PARA ALTA COMPLEJIDAD

PAISES	TRATAMIENTO	INSTITUCION	LIMITE DE COBERTURA
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



## TRANSPLANTES DE ORGANOS y/o PROTESIS

PAISES	TRATAMIENTO	INSTITUCION	LIMITE DE COBERTURA
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

MUESTRA

## TRATAMIENTOS

PAISES	TRATAMIENTO	INSTITUCION	LIMITE DE COBERTURA
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ASEGURADORA PARAGUAYA S.A.  
 FRANCISCO AGUILERA S.  
 Gerente Técnico